
24ColorCard
CameraTrax.Com

COURS

DE

MÉDECINE CLINIQUE.

IMPRIMERIE DE VANDERBORGHT FILS,
FOSSÉS-AUX-LOUPS, nº 17.

COURS DE MÉDECINE CLINIQUE,

OU SONT EXPOSÉS LES PRINCIPES

DE LA MÉDECINE ORGANIQUE;

OU

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

DE DIAGNOSTIC, DE PRONOSTIC, D'INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES, ETC.;

OUVRAGE AUQUEL L'ACADÉMIE DES SCIENCES A DÉCERNÉ UNE MÉDAILLE D'OR :

Par Léon Rostan,

MÉDECIN DE L'HOSPICE DE LA VIEILLESSE (FEMMES), CI-DEVANT SALPÊTRIÈRE;
PROFESSEUR DE MÉDECINE CLINIQUE, ETC.

ÉDITION BELGE,

AUGMENTÉE

DE L'EXAMEN DES DOCTRINES MÉDICALES ET DES SYSTÈMES DE NOSOLOGIE

DE MM. LAENNEC, LOUIS, GENDRIN, ANDRAL, ROCHOUX, ROSTAN, DANCE, CALMEIL, LALLEMAND, BOUILLAUD, OLLIVIER D'ANGERS;

Par M.-J.-V. Broussais.



BRUXELLES.

H. DUMONT, LIBR.-ÉDIT., RUE FOSSÉS-AUX-LOUPS, N° 74.

1836

AVANT-PROPOS.

Les écarts et les exagérations de la doctrine dite physiologique avaient exalté toutes les têtes; une jeunesse ardente en avait saisi les principes avec enthousiasme, les soutenait avec une espèce de fureur, et comme de raison les poussait plus loin que le maître. Un grand nombre de médecins, peu sûrs de leur savoir, furent entraînés par le torrent. La simplicité, la facilité de cette médecine nouvelle flattaient la paresse des uns, et la faiblesse d'intelligence de la plupart. Les mots de *gastrite* et d'*irritation*, répétés par toutes les bouches, étaient les mots de ralliement de cette secte intolérante. Les épithètes polies d'*ontologistes*, de *browniens bâtards* ou *légitimes*, d'*assassins* même, décoraient les écrits que les chefs du parti dirigeaient incessamment contre ceux qui ne se déclaraient pas leurs fauteurs. En vain cherchait-on à faire quelques objections à ces novateurs fougueux. L'esprit de vertige était porté au point qu'ils ne voyaient et n'entendaient rien; eux seuls avaient la raison en partage, eux seuls *avaient vu la lumière*. Ils opposaient avec une audace incroyable les dénégations les plus tranchantes aux faits les plus positifs, lorsqu'ils ne cadraient pas avec leurs idées; ils torturaient la nature pour la faire plier à leur manière de voir. Quelques athlètes, à la vérité peu vigoureux, froids comme la raison qu'ils voulaient défendre, se présentèrent vainement dans la lice; ils furent terrassés par des adversaires qui avaient pour eux l'énergie et l'éloquence de la passion; et ces triomphes accrurent encore le nombre des sectaires. Le mal menaçait de devenir général. Frappé du danger dont ce système erroné menaçait l'humanité, nous résolûmes de le combattre de tous nos moyens. Convaincu que les leçons qui frappent le plus fortement sont celles que l'on reçoit par les yeux, c'est au lit du malade que nous citâmes nos adversaires et la génération nouvelle des élèves. Nous en appelâmes du jugement des élèves fascinés et turbulents au jugement des élèves calmes et désireux de s'instruire. Nous ouvrîmes devant eux le grand livre de la nature. Les démentis éclatants qu'elle donnait à chaque instant aux assertions mensongères des réformateurs ne pouvaient manquer de frapper les auditeurs même les plus prévenus. La victoire ne pouvait donc être douteuse: toutefois elle se fit attendre. Le mal avait jeté des racines étendues et profondes. Mais enfin l'évidence des principes que nous professions fut presque généralement reconnue; les auditeurs accoururent en foule à nos leçons, et nous reçûmes la plus douce récompense de nos longs efforts, celle de voir triompher la vérité, pour laquelle nous n'avions cessé de combattre.

Nos neveux auront peine à croire quelles étaient les propositions qui nous coûtèrent tant de peine à renverser. Aujourd'hui, déjà tombées dans l'oubli, et répudiées même par ceux qui les avaient adoptées avec le plus de chaleur, honteux qu'ils sont de s'être égarés si grossièrement, on refuse d'ajouter foi à un succès aussi déshonorant pour l'esprit humain. Comment croire, en effet, que dans le 19e siècle on ait osé avancer et soutenir :

1° Que le canal alimentaire était le principal organe de l'économie animale; que l'homme commençait par l'intestin grêle; que les autres viscères n'étaient que secondaires, et comme les instruments de celui-ci;

2° Que dans les maladies l'estomac et les intestins étaient constamment affectés, *presque toujours* primitivement, *quelquefois* secondairement (1);

3° Que les maladies étaient le résultat de l'*irritation*; que celle-ci était le résultat de l'action de modificateurs stimulants supérieurs à l'état de santé; que lorsqu'elle accumulait le sang dans un tissu avec tumeur, rougeur et chaleur extraordinaires et capables de désorganiser la partie irritée, on lui donnait le nom d'*inflammation* (2);

4° Que les dégénérescences des tissus n'étaient que des formes de l'inflammation chronique; que les tubercules, les cancers, les mélanoses, les encéphaloïdes, les kystes, les hydatides, les vers, les tissus accidentels, cutanés, séreux, muqueux, ligamenteux, cartilagineux, osseux, vasculaire, cellulaire, corné; les accumulations de graisse, d'air; les dépôts de matières colorantes, de matières calcaires; les calculs, les atrophies, les hypertrophies, les hémorrhagies,

(1) Examen des doctrines médicales, etc., pag. xxviij et suiv.

(2) *Ibid.*, page xxv.

les névroses, etc., n'étaient que des produits de l'irritation (1);

5° Qu'il n'existait pas de maladies spécifiques, etc.;

6° Que la faiblesse n'était jamais une chose réelle, primitive, et surtout qu'elle n'était jamais générale; qu'elle résultait constamment de la concentration de l'excitation sur un organe;

7° Enfin, la conclusion de ces propositions était : « Que le traitement antiphlogistique était le seul convenable, le seul qu'on dût mettre en usage dans tous les cas », en le variant du plus au moins; que les sangsues tenaient le premier rang parmi les moyens de ce genre; que c'était le remède héroïque par excellence, qu'on n'en mettait jamais assez; que tous les autres traitements, et surtout le traitement par les toniques, était *incendiaire et meurtrier*.

J'adjure tous les hommes de bonne foi, qui ont suivi avec quelque attention ces scandaleux débats, de le dire; n'était-ce pas là l'esprit de la doctrine dite physiologique? Ne faut-il pas avoir perdu toute pudeur pour oser le nier aujourd'hui?

Dès l'année 1818, nous opposâmes à cette doctrine un système basé sur les propositions suivantes :

« 1° Il n'y a dans l'homme vivant que des organes en exercice;

« 2° Tous nos organes peuvent être primitivement malades, indépendamment les uns des autres, sans qu'il soit nécessaire que l'un d'eux soit toujours préalablement affecté, et sans qu'il soit nécessaire qu'il devienne malade consécutivement;

« 3° Les fluides, entrant pour beaucoup dans notre organisation, ne peuvent être exempts de maladies; ils peuvent être primitivement altérés, pécher par excès, par défaut, et être pervertis dans leur composition;

« 4° Il est impossible qu'il n'y ait qu'une seule et même maladie; les affections auxquelles l'espèce humaine est exposée varient autant par leur nature que par leur siége, etc.;

« 5° Un certain degré de force est nécessaire pour la résolution des maladies;

« 6° Il est impossible qu'un seul et même traitement convienne dans toutes les circonstances; il devra non-seulement varier du plus au moins, mais être quelquefois opposé. »

Ce système reçut du public le nom de MÉDECINE ORGANIQUE.

a. On voit combien ces propositions diffèrent de celles sur lesquelles reposait la médecine physiologique.

Dans la première proposition, nous rejetons comme chimériques les propriétés vitales. En physiologie, MM. Dupuytren et Magendie les avaient rejetées avant nous; mais les conséquences qui découlent de l'application de ce principe à la pathologie sont immenses; elles suffisent seules pour fonder une médecine nouvelle, et cette application nous appartient entièrement. Personne n'avait songé à reconstruire l'édifice médical sur cette incontestable vérité, et nous la considérons comme le fondement le plus inébranlable de notre système; s'il présente quelque chose de satisfaisant pour l'esprit, s'il fait disparaître le vague qui régnait dans les anciennes doctrines, c'est surtout en repoussant les êtres métaphysiques, enfants de l'imagination de nos devanciers. C'est sur ce principe presque seul que repose la *médecine organique;* c'est sur lui que s'appuie cette autre proposition, que « dans le diagnostic seul réside toute la médecine. » Pronostic, indications thérapeutiques, tout découle de ce principe. Certes, ce n'est pas à la médecine physiologique que nous l'avons emprunté, elle qui, née de l'école de Bichat, reconnaît une *force vitale,* qui met en jeu la *chimie vivante,* qui fait rentrer la *contractilité* dans la *sensibilité*, et regarde celle-ci comme la condition de toute excitation, comme l'*irritabilité* est la cause de toute action organique, etc. (2).

b. Dans la seconde proposition nous n'établissons pas une vérité nouvelle; mais, bien qu'on le nie aujourd'hui, on avait fait de la *gastro-entérite* une maladie universelle; primitivement ou secondairement elle devait exister dans toutes les maladies (3); était-il donc superflu de soutenir que tous les organes pouvaient devenir primitivement malades? était-ce abonder dans le sens de la médecine physiologique?

c. Dès 1818 nous professâmes publiquement, avant que personne l'eût écrit dans aucune dissertation inaugurale, avant qu'on eût entrepris aucune expérience à cet égard, que *les fluides* pouvaient être altérés. M. Chomel seul avait admis la même possibilité dans sa pathologie générale, et dans la nouvelle doctrine on soutenait que « les fluides ne jouent qu'un rôle « secondaire et presque entièrement passif dans « l'organisme; que les *forces* qui résident dans « les solides vivants sont seules actives; qu'elles « constituent l'essence des phénomènes vitaux, « qu'*elles sont seules susceptibles d'affections,* « *de maladies* dont l'individu peut avoir con- « science (4). » Toutefois il est vrai de dire qu'on faisait une exception en faveur du scorbut.

d. Malgré les dénégations récentes, on n'a point oublié que l'inflammation était la *seule maladie* qu'on reconnût. Le professeur du Val-de-Grâce disait qu'en donnant le nom de *spécifiques* aux causes qui produisent toujours des affections locales de même aspect, il *n'en était pas moins d'opinion qu'elles ne peuvent le faire*

(1) Examen des doctrines médicales, propos. CLX, CLXVIII, CLXIX, CLXX, etc., etc.

(2) Traité de physiologie appliquée à la pathologie, tome Ier, pag. 14 et suivantes, et ailleurs.

(3) Goupil, Exposition des principes de la nouvelle doctrine, 341, 354, 374 à 422, 461, 539, 544, 552, 561, 581.

(4) Goupil, Exposition des principes de la nouvelle doctrine, page 6.

que par l'intermède des mêmes lois vitales qui président à toutes les maladies d'irritation (1). Des élèves de son école lui reprochèrent comme *une inconséquence* de n'avoir pas entièrement rejeté la spécificité (2) ; et d'autres portèrent la témérité de la foi au point de s'inoculer la syphilis. Tout le monde a connu le déplorable résultat de cet aveugle dévouement. Si l'on pouvait avoir le moindre doute à cet égard, il serait facile de les lever en consultant la plupart des écrits récents publiés sur cette affection. Avions-nous donc tort de soutenir qu'*il était impossible qu'il n'existât qu'une seule et même affection ?* Et était-ce là nous approprier la doctrine physiologique ?

e. Osera-t-on nier qu'on ait fait le plus funeste abus des émissions sanguines locales ? N'a-t-on pas dit cent fois qu'on ne pouvait mettre trop de sangsues, que la faiblesse était une chimère? que ceux qui employaient les toniques dans certaines maladies étaient des assassins et des meurtriers (3)? Pouvions-nous laisser passer une aussi dangereuse assertion ? En nous y opposant de toutes nos forces, était-ce nous emparer des nouvelles *découvertes?*

C'est ainsi que dès l'origine nous combattîmes corps à corps la doctrine dite physiologique. C'est ainsi que nous en attaquâmes avec persévérance chacune des propositions fondamentales ; que nous opposâmes constamment à une opinion l'opinion contraire. Depuis lors nous n'avons rien changé à notre manière de voir. Chaque page du livre qu'on va lire en fait foi. Qui pourrait croire, après cela, qu'on ait assez compté sur l'ignorance et la stupidité des lecteurs pour oser nous accuser, en 1829, de nous être approprié la doctrine physiologique !

Nos objections parurent si simples, si vraies, si claires, que chacun, en les adoptant, s'en empara, se les appropria même, en oubliant d'en tenir compte à leur auteur. Elles devinrent une espèce de monnaie courante : les bons esprits s'empressèrent de s'y rendre. Un jeune professeur très-distingué, après quelques hésitations, les adopta presque entièrement : le seul point sur lequel nous différons encore est celui des *propriétés vitales*. Le concours de plusieurs médecins estimables hâta le triomphe de notre système. Les réformateurs eux-mêmes se modifièrent sans s'en apercevoir, et poussèrent l'illusion jusqu'à se croire les inventeurs de la *médecine organique*. On vit paraître une *Nosographie organique;* leurs journaux retentirent des principes de la *médecine organique;* enfin, lorsqu'ils crurent les esprits bien préparés, ils osèrent nous accuser « d'avoir jugé la doctrine physiologique sans la connaître ; de l'avoir attaquée avec l'arme du sophisme et de la chicane, dépourvu que nous étions de l'instruction nécessaire pour en mesurer la portée, d'avoir porté des accusations erronées pour avoir le plaisir de les réduire en poudre » ; ils osèrent écrire « *que, sans le sa-* « *voir, nous nous étions attribué presque à cha-* « *que page les vérités qui appartiennent à cette* « *doctrine* » ; car, ajoutait-on charitablement, « *nous ne pouvons croire que M. R*** eût eu* « *l'intention de* S'APPROPRIER *des idées qu'il au-* « *rait su appartenir à d'autres, et encore moins* « *qu'il eût pu concevoir l'espérance de s'en faire* « *passer pour l'inventeur, à l'aide d'une substi-* « *tution de mots, telle* que celle *de* MÉDECINE OR- « GANIQUE, *à la place de* MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, « quand il aurait su qu'il suffisait de quelques « citations et du rapprochement de quelques da- « tes pour le dépouiller à l'instant même de tou- « tes ses prétendues découvertes. »

Ceci ne ressemble pas mal à ces gens qui détroussent les passants et se mettent à crier au voleur !

Nous laissons au lecteur le soin de qualifier une semblable conduite et de pareilles imputations.

(1) Physiologie appliquée, etc., tome 1, page 29.
(2) Journal universel, tome VIII, page 152.
(3) Premier Examen des doctrines.

COURS

DE

MÉDECINE CLINIQUE.

PREMIÈRE PARTIE.

PROLÉGOMÈNES.

Nécessité de considérer l'organisation comme seul fondement solide de tout système médical.

Le médecin ne doit voir dans l'homme que des ORGANES et des FONCTIONS. Celles-ci ne sont que des effets; elles ne sont qu'une conséquence de la disposition organique. Les organes sont disposés pour agir; ils agissent, voilà la fonction. Les fonctions ne peuvent précéder les organes, parce qu'un effet ne peut précéder sa cause; elles ne peuvent exister sans eux; car une action ne peut exister sans agent, un mouvement sans corps qui se meut. Les fonctions sont donc sous la dépendance des organes. Si la vie n'est que l'ensemble et la série des fonctions, celles-ci ne pouvant précéder les organes, exister sans eux, il est absurde de dire que la vie peut précéder l'organisation. Au contraire, l'organisation est la condition nécessaire de la vie. Il ne peut y avoir vie là où il n'y a pas organisation. Nous insistons fortement sur cette idée fondamentale, parce que c'est sur elle que sont basés les progrès ultérieurs de l'art de guérir; parce que sans elle nous sommes condamnés à croupir dans une éternelle ignorance : c'est sur cette idée qu'est fondé notre enseignement clinique.

La digestion ne peut exister sans organes digérants; la respiration, sans organes respiratoires; la circulation, sans organes circulatoires; la vision, l'audition, l'olfaction, le goût, le toucher, sans organes visuels, olfactifs, auditifs, tactiles, etc. Ainsi les organes sont indispensables aux fonctions.

Quant aux propriétés appelées vitales, parce qu'elles ne sauraient exister sans la vie, elles ne sont, elles ne peuvent être que des effets. La contractilité, la sensibilité, distinguées d'une manière assez bizarre en sensible et insensible, ne peuvent désigner que la disposition organique qui permet la sensation et la contraction. La sensibilité et la contractilité ne sont rien par elles-mêmes : elles ne sont, elles ne peuvent indiquer qu'une manière d'être de certains instruments, tels que l'encéphale et ses dépendances, ou des équivalents. Elles n'existent pas sans ces organes. On ne saurait les étudier que par la sensation et la contraction; elles sont toujours proportionnées au degré d'intégrité et d'intensité des organes de l'innervation.

Mais, dit-on, les organes existent sans la vie: donc ce sont deux choses différentes, puisqu'elles peuvent exister l'une sans l'autre. Elles ne sont pas dans une dépendance nécessaire, puisqu'elles peuvent se séparer. Mais ce n'est ici qu'un abus de raisonnement; il n'y a point séparation, puisqu'il n'y a pas deux choses; mais l'organisation cesse d'être apte à se mouvoir par une modification arrivée à quelqu'une de ses parties. C'est exactement comme si l'on disait que le mouvement d'une pendule est indépendant de la pendule, puisque celle-ci peut exister sans mouvement. La vie n'est autre chose que la disposition organique nécessaire au mouvement. Nous recevons cette disposition en naissant. La machine est alors montée; elle marche jusqu'à ce qu'elle s'altère d'une manière naturelle ou accidentelle. Lorsqu'un corps existe sans la vie, c'est que la disposition organique nécessaire à l'exercice des fonctions a subi quelque dérangement.

Lorsque les organes et les fonctions qu'ils exécutent sont dans leur type normal, l'individu se trouve dans l'état physiologique. C'est l'anatomie et la physiologie saines, s'il est permis de s'exprimer ainsi.

Lorsque les organes et les fonctions cessent d'être dans leur type normal, l'individu se trouve dans l'état pathologique. C'est l'anatomie et la physiologie morbides : *Anatomie, physiologie saines, anatomie et physiologie morbides*, voilà toute la médecine.

Comme il n'existe, disons-nous, que des organes et des fonctions, et que celles-ci sont sous la dépendance des organes, il s'ensuit rigoureusement que toutes les fois qu'une fonction est altérée d'une certaine manière, il doit y avoir maladie dans un organe, ou dans une des parties constituantes de cet organe. Nous verrons plus tard que nous y comprenons les fluides. Cette altération de l'organe est *profonde* ou *légère*, *primitive* ou *consécutive*, *persistante* ou *fugace*, *sensible* ou *insensible* à nos divers moyens d'investigation; mais elle est

nécessaire, inévitable; quelle qu'elle soit, connue ou inconnue, il faut qu'elle existe, car rien n'arrive pour rien.

La proposition réciproque est tout aussi rigoureuse; c'est-à-dire, lorsqu'il y a altération d'organes, il doit y avoir aussi altération de fonctions. Cependant elle souffre en apparence de nombreuses exceptions; ce qui dépend, et de ce que certains organes sont doubles et qu'ils peuvent se remplacer mutuellement, et de ce que la nature peut avoir, pour remplacer une fonction, des ressources qui nous sont encore inconnues; enfin, de la manière dont la maladie s'est développée, etc., et plus encore de ce que l'on a mal observé. Qu'on se garde bien alors de tirer la conclusion que les organes ne servent pas à remplir les fonctions, puisqu'ils peuvent être détruits sans que celles-ci soient altérées; mais qu'on range ce fait parmi les cas obscurs et exceptionnels. Toute manière de voir opposée tend à faire rétrograder la science.

Si l'homme est un composé d'organes, il est évident que ces organes divers seront susceptibles de s'altérer plus ou moins selon leur composition et selon les causes qui pourront agir sur eux.

Si tous les organes qui constituent l'homme sont composés de vaisseaux sanguins, artériels et veineux, de vaisseaux lymphatiques, de tissu cellulaire et d'un tissu propre, il n'y a pas de raison pour que chacun de ces organes ne soit pas susceptible de devenir malade, primitivement et indépendamment de tout autre.

Si chacun de ces organes est influencé directement par un modificateur particulier ou par plusieurs, tels que les aliments et les boissons, pour l'estomac; l'air et les efforts respiratoires, pour le poumon; les sensations et les actes intellectuels et moraux, pour l'encéphale; il est rigoureux de conclure que chacun de ces organes pourra devenir malade sans le concours des autres. Toute proposition contraire n'est pas soutenable.

Tel est le sommaire du système organique; mais, pour être bien compris, ces principes ont besoin de développements.

Entrons dans quelques détails.

J'aborde ici des questions grandes et délicates. Je dois prévenir qu'il est fort loin de mon esprit de vouloir porter atteinte aux croyances reçues. S'il est parmi mes lecteurs (ce que je suis loin de penser, parce que, pour devenir médecin, il faut être essentiellement philosophe), s'il est, dis-je, quelqu'un d'une conscience timorée, qu'il se rassure, je suis prêt à lui faire toutes les concessions qu'il pourra désirer; le premier devoir d'un homme de bien, c'est de respecter la croyance de la multitude. Ce que je vais dire a seulement trait à l'art de guérir.

Il n'existe dans la nature que corps et propriétés de corps; ce qui n'est pas corps ou propriétés de corps, n'est rien. La matière est inorganique ou organisée. Les lois qui régissent la première sont, dans son ensemble, la gravitation; dans ses détails, les affinités. La forme, l'étendue, le volume, la densité, la porosité, l'impénétrabilité, l'élasticité, la divisibilité, les couleurs, la température, etc., sont des propriétés générales de la matière. Le mouvement est aussi une propriété de la matière, car il ne peut exister sans elle. Le mouvement est-il autre chose qu'un corps qui se meut?

Pour la matière organisée, il existe d'autres propriétés qui la distinguent de la matière inorganique : ce sont surtout la sensibilité et la contractilité : on leur a donné le nom de *propriétés vitales*, ce qui a conduit à les considérer comme des êtres abstraits, existant par eux-mêmes, caractérisant la vie proprement dite. Et remarquez ici combien les noms influent sur les pensées, cette manière de considérer les propriétés dites vitales a causé des erreurs sans nombre; c'est à elle qu'on doit la naissance des maladies vitales. En effet, dès le moment qu'on a reconnu des propriétés vitales, existantes par elle-mêmes, on a dû, pour être conséquent, reconnaître aussi des maladies vitales, c'est-à-dire des absurdités; absurdités malheureusement encore en crédit! Pour nous, les propriétés dites vitales ne sont que le résultat de la matière organisée; c'est la matière en mouvement, c'est la matière mise en jeu. Ainsi les fonctions dont l'ensemble constitue la vie, ne seront plus que le jeu, l'exercice de nos organes. Dès lors il n'y aura plus de respiration, de digestion, etc., mais bien des organes respirants, digérants, etc. Maintenant, si le mouvement ne peut exister sans la matière, ou, si vous aimez mieux, si les fonctions ne peuvent exister sans les organes, ce qui nous paraît de la dernière clarté, il s'ensuivra que tout dérangement dans la fonction sera le résultat nécessaire du dérangement de l'organe qui l'exécute. Une objection qu'on ne manquera pas de nous adresser, est celle-ci : la vie, dites-vous, n'est que le jeu des organes, et celui-ci le résultat de l'organisation dans un certain état; mais dites-nous pourquoi la vie n'existe plus là où l'organisme existe encore? Ce cadavre que vous avez sous les yeux était vivant naguère; son organisation est la même, et cependant il ne vit plus? Eh! non, sans doute, son organisation n'est pas la même, elle a subi un changement profond, qui peut cependant échapper à nos sens, mais qui doit nécessairement exister.

Il faut être bien étranger aux recherches d'anatomie pathologique et avoir dans ses moyens investigateurs une confiance bien illimitée pour oser avancer qu'un cadavre est organisé comme un corps sain et vivant. Mais il est des cas, dit-on, où les recherches les plus attentives ne font vraiment reconnaître aucune modification! Mais est-ce une raison suffisante pour oser conclure qu'il n'y a rien là où l'on n'a rien trouvé? N'est-il pas bien plus raisonnable de se borner à conclure qu'on n'a rien trouvé, que d'affirmer qu'il n'existe rien? Et qui vous dit en effet que des observateurs plus attentifs, que des découvertes ultérieures ne feront pas voir ce que vous n'avez pas aperçu? Et ne peut-il pas exister des modifications capables d'échapper toujours à vos recherches? C'est donc une grande témérité que d'assurer qu'il n'existe rien parce que nous n'avons rien vu; on doit se borner à dire que l'on n'a rien reconnu, et c'est tout, sous peine d'être obligé de conclure qu'on peut mourir de rien, d'admettre qu'il peut exister des altérations de propriétés indépendantes des corps doués de ces propriétés; en un mot, d'admettre des effets sans causes, c'est-à-dire, en bonne logique, des inepties.

Lorsqu'un respect superstitieux pour la tombe empêchait d'interroger l'homme mort pour en faire sortir l'utilité de l'homme vivant, la plupart des maladies étaient essentielles, générales, sans siége; on s'imaginait qu'elles ne laissaient après elles aucune trace. Plus tard, lorsque la philosophie introduisit son flambeau au milieu des peuples civilisés, il fut enfin permis de porter un regard scrutateur dans les restes inanimés du corps humain, et ces débris, naguère perdus pour l'humanité, devinrent la source féconde des vérités les plus utiles. Dès lors, les maladies qui jusque là n'étaient que des

dérangemens de fonctions, que des symptômes enfin, devinrent des altérations d'organes; les symptômes seuls perdirent leur antique valeur, et ne furent utiles qu'autant qu'ils indiquèrent une lésion d'organe: mais tel est l'empire des préjugés, que de nos jours encore on reconnaît des maladies vitales. Une vaste compilation moderne, assemblage indigeste et incohérent de toutes les doctrines, contient un long article sur ce genre prétendu d'affection. Malheureusement, il faut en convenir, il est des cas où nos moyens d'investigation ne nous font reconnaître aucune altération d'organe; mais conclure qu'il n'en existe point, c'est une étrange erreur. On ne meurt pas de rien, et si réellement il n'existait aucune altération, il faudrait admettre qu'on peut mourir de rien, ce qui est absurde. Ainsi, lorsqu'on ne trouve aucune altération apparente d'organes, gardez-vous d'en tirer la conséquence qu'il n'en existe pas; mais rangez seulement la maladie, qui a fait périr l'individu, dans la classe des maladies inconnues, ou du moins dans la classe de celles qui le sont peu.

On doit conclure de ce que nous venons de dire, que la vie n'est que le résultat de l'organisme dans un certain état; que les fonctions ne sont que le mouvement, le jeu des organes; que les dérangemens de ces fonctions annoncent nécessairement un dérangement dans les organes qui les exécutent; que la vie ne peut cesser que là où l'organisation cesse d'être parfaite, c'est-à-dire dans l'état nécessaire à son action.

Ces vérités une fois reconnues, il est impossible de ne pas admettre que la perfection de la pathologie consiste dans la connaissance des altérations des organes, qu'on ne peut faire faire quelques progrès à la science qu'autant qu'on fixera le siége des maladies, et qu'on éclairera leur diagnostic.

Malgré l'évidence frappante de ces principes, des obstacles violens sont opposés à leur propagation. Deux partis contraires, également éloignés du système que nous professons, tentent des efforts immenses pour en arrêter les progrès.

La médecine, qui devrait être de toutes les institutions humaines la plus inaccessible aux passions, est loin cependant d'être impassible. Elle est aujourd'hui un véritable champ clos où l'amour-propre et l'esprit de parti livrent des combats continuels au sens commun. L'un soutient à outrance des systèmes erronés et absurdes, dans l'intérêt prétendu de l'humanité, mais assurément dans celui de sa réputation et de sa fortune; l'autre, pour rajeunir des idées surannées, et par des considérations plus misérables encore, impose silence, sous les plus vains prétextes, à ceux dont les préceptes sapent ces principes décrédités. C'est ainsi que l'intérêt et l'égoïsme se masquent sous des noms respectés, se jouent du salut des hommes!

Depuis quelques années une division scandaleuse et funeste à l'humanité règne dans l'art de guérir. Il n'est personne qui n'en désire vivement le terme. Tout le monde voit avec douleur et l'opiniâtreté des uns, et l'exagération des autres. C'est un spectacle bien affligeant que de ne rencontrer, d'une part, que des gens entichés d'opinions surannées, refusant d'admettre les plus légers progrès, les moindres changements dans leurs doctrines vieillies; et de l'autre, des réformateurs outrés voulant tout détruire, méconnaissant l'expérience des siècles, et ne daignant pas faire la plus légère concession. Sans doute les uns et les autres sont de bonne foi (il faut le supposer ainsi pour l'honneur de l'espèce humaine); mais la vérité ne peut pas être, non plus que l'erreur, le partage exclusif de l'un des deux partis. Sans doute le vrai doit s'allier au faux dans ces doctrines contraires; la partie erronée d'un système ne se soutient qu'en faveur de la partie raisonnable. Si l'un des deux ne se composait que de mensonges, il serait bientôt anéanti. Efforçons-nous de signaler les erreurs qu'on peut reprocher aux uns et aux autres, et faisons notre profit des vérités que nous reconnaîtrons.

Il le faut avouer, quelques médecins, mais dont le nombre diminue de jour en jour, admettent avec beaucoup trop de facilité les maladies essentielles; j'ai entendu soutenir récemment à des gens d'une grande renommée, que la sensibilité, l'irritabilité, la contractilité pouvaient être malades; que ces propriétés vitales, c'est-à-dire qui n'appartiennent qu'à des corps vivants, étaient susceptibles d'être augmentées, diminuées, abolies ou perverties, sans qu'il y eût aucune espèce d'altération; qu'un organe ou même un individu tout entier pouvait devenir plus ou moins sensible, plus ou moins irritable, etc., sans qu'il fût possible de remarquer aucune altération dans ses organes; et de là ils en ont conclu qu'il existait des maladies vitales, des maladies du principe vital.

Il serait tout aussi raisonnable d'admettre des altérations de l'élasticité indépendantes des corps élastiques, ou de toute autre propriété des corps, sans la participation de ces corps, que de reconnaître les maladies des propriétés vitales indépendamment des corps doués de ces propriétés.

Que signifie d'ailleurs le mot *propriété vitale*, sinon *qualité* ou *faculté* d'un corps doué de la vie? Qu'est-ce que c'est qu'un corps doué de la vie, sinon un corps organisé? Si un corps doué de la vie n'est qu'un corps organisé, pourquoi faire de la vie un être à part, et ne pas reconnaître que cette vie, qui n'existe que là où il y a organisation, n'est que l'effet, que le résultat de cette organisation; et dès lors, pourquoi reconnaître des maladies de la vie, des maladies vitales indépendantes de cette organisation?

La sensibilité, la contractilité et leurs subdivisions ne sont pas plus des propriétés vitales que la faculté de digérer, de respirer, etc. (1). Il faudrait donc admettre aussi une *digestibilité*, une *perspirabilité*, une *respirabilité*. Elles ne sont, encore une fois, que des effets de l'organisation.

La sensibilité, la contractilité et leurs subdivisions ne peuvent exprimer que la disposition organique apte à exécuter la sensation et la contraction; c'est-à-dire, dans l'homme et les animaux qui s'en rapprochent, l'encéphale et ses dépendances dans un certain état. Ces fonctions sont générales, parce que le système de l'innervation se répand partout.

(1) Pour démontrer que la sensibilité et la contractilité ne sont que des effets des organes de l'innervation, ou d'organes équivalents, il suffit de demander si elles peuvent exister sans ces organes. A-t-on vu la sensibilité, la contractilité, sans organes sensitifs ou contractiles? Il suffit encore de faire voir que leurs modifications, suivant les âges, les sexes, etc., sont constamment la suite des changemens de structure que présentent ces organes dans ces diverses circonstances. Dans l'enfance, l'encéphale est ample relativement au reste du corps; les nerfs sont mous, rosés, volumineux. Dans la vieillesse, le cerveau est dur, fauve, les nerfs minces, consistants, etc. Ces changemens dans ces organes, et beaucoup d'autres que nous pourrions signaler, ne rendent-ils pas un compte satisfaisant des modifications que nous observons dans les fonctions qui leur sont confiées? Cette manière d'envisager la question n'est-elle pas plus satisfaisante que celle qui fait dépendre les changements dont nous parlons de l'exaltation, de la diminution de la sensibilité, de la contractilité, etc., enfin de prétendues propriétés qui ne se rattachent à rien?

Ce n'est pas ici une simple dispute de mots. La solution de ces questions est d'une telle importance, qu'à notre avis, hors ces principes, il n'y a plus de progrès à espérer pour la médecine.

Dans l'hypothèse des maladies vitales, lorsqu'on ne trouve rien à l'ouverture d'un corps, on se contente de dire qu'il n'y a rien, et l'on ne cherche plus; c'est ce qui a arrêté si longtemps les recherches sur les altérations du cerveau. Ce qui a fait affirmer que la paralysie, par exemple, était une maladie essentielle, une diminution ou une abolition de la sensibilité ou de la contractilité; conclusion qui a conduit à administrer, dans les maladies qui donnent lieu à ce symptôme, des toniques et des excitants, la noix vomique et l'électricité; et tout cela sans le moindre discernement, puisque toute paralysie n'était qu'une diminution ou une abolition des propriétés vitales: c'est-à-dire que cette opinion a conduit à donner les remèdes les plus contraires, les plus funestes aux malades; à les tuer, pour tout dire. Et l'on appelle cela une dispute de mots!

Dans notre manière de voir, au contraire, en considérant toute altération de fonction comme dépendante d'une altération d'organe, lorsque nous ne trouvons rien, nous disons qu'il faut chercher de nouveau. La paralysie n'est plus simplement une diminution ou une abolition de la sensibilité ou de la contractilité, mais le signe d'une lésion des organes à qui sont confiées ces fonctions; dès lors nous sommes conduits à chercher ces lésions, à déterminer leur siége, leur nature et leur étendue, à reconnaître que ce symptôme dépend d'une multitude d'altérations diverses; et le premier bienfait que nous retirons de nos recherches, c'est de soustraire les malades aux remèdes meurtriers qu'on leur administrait! Sont-ce là des disputes de mots?

Concluons de ce que nous venons de dire, qu'il ne peut exister de maladies sans altérations d'organes.

Les mêmes médecins, négligeant ou rejetant cette vérité, ont groupé sous une même dénomination un ensemble, une série de symptômes qu'ils ont observés se présenter toujours dans un certain ordre. Ils ont donné le nom de fièvres essentielles à ces divers groupes de phénomènes morbides ainsi réunis.

La conclusion que nous venons de tirer doit faire pressentir notre manière de voir sur ce sujet. Nous devons déclarer ici que, *ne croyant pas qu'il puisse exister de maladies sans siége*, les fièvres ainsi considérées ne nous paraissent pas admissibles; au moins n'en avons-nous jamais vu.

Le célèbre auteur de la Nosographie philosophique, si vivement attaqué dans ces derniers temps, est le premier qui ait senti le vague qui régnait dans l'histoire des fièvres continues. Un esprit juste ne peut supporter des abstractions qui ne se rattachent à rien. Aussi, dans ses premiers travaux (les premières conceptions chez les hommes de génie sont presque toujours les meilleures), avait-il complètement révoqué en doute l'existence de ces fièvres; et si plus tard, vaincu par de timides conseils (1), craignant les animosités médicales, il crut devoir en tracer le tableau dans ses ouvrages, au moins fit-il de grands efforts pour déterminer le siége qu'elles occupaient dans l'économie animale, pour les localiser en un mot. Mais, il faut l'avouer, ce qu'il fit fut insuffisant. Quelques autres médecins tentèrent aussi, mais avec moins de succès encore, de faire disparaître les fièvres essentielles du cadre nosographique. Il était réservé à M. Broussais de combattre avec avantage ces croyances de l'ancienne médecine: c'est une justice que nous aimons à lui rendre; et la postérité se plaira sans doute à reconnaître un service si éminent. Trop heureux si les traits de sa critique n'eussent atteint que les erreurs! trop heureux s'il n'eût pas dépassé le but!

Si, dans toutes les maladies, il doit y avoir altération d'organe, pourquoi les symptômes qui constituent les fièvres dites essentielles auraient-ils le privilége d'exister sans cette altération? Mais cette altération a-t-elle toujours le même siége, occupe-t-elle toujours le même organe? Nous ne le pensons pas. Nous espérons plus tard prouver ce que nous ne faisons qu'énoncer ici.

Après avoir exposé en quoi nous semblait fautive l'ancienne doctrine médicale, nous devrions dire en quoi nous semble défectueuse la doctrine nouvelle. La suite le fera connaître assez. Qu'il nous suffise de rappeler pour l'instant que, dans ce nouveau système, on n'admet qu'une maladie d'une seule nature, qui, variée à l'infini par une multitude de circonstances, présente mille aspects divers, et constitue à elle seule toutes les affections qui attaquent l'espèce humaine; que cette maladie est l'*irritation;* que son siége le plus ordinaire est l'estomac et les intestins, organes qui sont toujours primitivement ou secondairement affectés. Cette doctrine, soutenue avec talent par son inventeur, compte beaucoup de partisans: nous pensons nous-même qu'elle renferme de bons principes; mais nous croyons aussi qu'elle ne contient pas toutes les vérités, et qu'elle est semée d'un grand nombre d'erreurs.

Également frappé de ce que présentent de faux les deux systèmes opposés, nous nous sommes efforcé d'éviter leurs écarts et d'adopter une méthode également éloignée de ces deux extrêmes; méthode qui, tout en repoussant ce qu'ils pouvaient avoir de vicieux, s'appropriât ce qu'ils avaient de bon et d'utile. On peut donner à cette méthode les noms de *médecine des organes, médecine organique*, ou mieux encore celui de *médecine naturelle*. Des auteurs qui ne se font aucun scrupule de s'approprier le bien d'autrui, qui même en font une spéculation patente, voyant que la médecine organique acquérait tous les jours autant de partisans que la médecine physiologique en perdait, n'ont pas rougi de s'emparer de ce titre et d'en décorer leurs écrits, espérant sans doute les faire débiter par cet artifice. Ces fauteurs ardens du *physiologisme* (tant que ce système a eu du succès) ont même eu l'audace de se déclarer dans leurs journaux les inventeurs de celui-ci dès qu'ils l'ont vu triompher. Ils ont feint de ne pas savoir que ce système était professé depuis dix ans à la Salpétrière, justement dans le but de combattre la nouvelle doctrine dans laquelle ils donnaient tête baissée; ce que plusieurs milliers de jeunes médecins pourraient leur apprendre. Mais leur supercherie n'a pas tardé à être découverte. On a vu, qu'entièrement étrangers à la médecine organique, ils n'en avaient pris que le titre pour le mettre sur un ouvrage *physiologique*, dans lequel on ne trouvait aucun des principes de la médecine organique. Aussi, leur livre est-il mort en naissant.

Nous allons exposer, sous la forme de propositions, les principales lois qui servent de base à cette médecine.

(1) Ce fut le libraire Brosson qui l'engagea fortement à traiter des fièvres essentielles, comme le faisaient les anciens médecins; il fit craindre à Pinel l'insuccès de son livre, et la haine de ses confrères. Ce grand homme eut la faiblesse de céder à cet avis pusillanime.

PREMIÈRE PROPOSITION.

« Il n'existe, avons-nous dit, et ne saurait exister, dans l'économie animale vivante, que des organes et des fonctions : les fonctions ne sont autre chose que des organes en exercice; tout ce qui n'est pas organe, principe d'organe, effets d'organe, n'est rien pour le médecin. »

Il n'en a que faire, en effet, pour se rendre compte de tous les phénomènes de l'organisme. Une fois cette première proposition, qui nous paraît incontestable, reçue, une seconde en découle naturellement; c'est que, « si les organes sont sains, leur exercice aura lieu suivant un type donné, qui constituera l'état normal ou physiologique. » Par la même raison, « si les organes sont dans l'état morbide, leur exercice n'aura plus lieu suivant l'état normal; il y aura donc dérangement des fonctions. » La conséquence est immédiate et rigoureuse. Si la fonction n'est qu'un résultat, qu'un effet, elle ne pourra être pervertie sans que l'organe, ou le système d'organe qui l'exécute, soit altéré d'une manière quelconque, primitive ou consécutive, légère ou profonde, fugace ou persistante, sensible ou insensible à nos divers moyens d'investigation. Nous ne pouvons trop revenir là-dessus.

Ainsi donc, si les organes, dans l'état de maladie, ne doivent plus exécuter que des fonctions perverties, on en déduira cette conséquence si précieuse pour le diagnostic, à savoir que, lorsqu'une fonction est altérée, l'organe qui en est chargé n'est pas dans son état physiologique, ou que quelque organe plus ou moins éloigné exerce sur celui-ci une influence sensible. Nous aurons occasion de voir de nombreux exemples de cette influence; les plus fréquents, sans aucun doute, sont les affections d'organes consécutives aux maladies du cœur.

DEUXIÈME PROPOSITION.

« Tous les organes peuvent être primitivement malades. »

Dans le principe de la nouvelle doctrine, on a soutenu, avec toute la chaleur dont son inventeur est capable, qu'il n'y avait jamais que l'estomac qui pût être *primitivement* malade; que lorsque les autres organes le devenaient, c'était toujours consécutivement à celui-ci. On nous dira que cette opinion est déjà abandonnée depuis long-temps, et qu'elle ne devrait plus être rappelée; mais c'est pour nous en féliciter, c'est pour dire combien nous nous trouvons heureux des concessions qu'on a faites, puisque c'est, en faveur de la vérité, la plus forte preuve que nous puissions donner. Mais ce n'est pas sans peine que nous avons obtenu d'abord que le cerveau pouvait être malade indépendamment de l'estomac, et plus tard que les poumons pouvaient jouir aussi de ce triste privilége.

On ne saurait croire quelle satisfaction nous ont causée ces deux espèces de conquêtes. Espérons qu'avec quelques concessions encore, nous finirons par nous entendre.

Si le cerveau, si les poumons peuvent être malades directement par l'action de leurs excitants naturels, pourquoi les autres viscères, pourquoi le cœur, les reins, l'utérus, la peau, etc., ne seraient-ils pas aussi affectés primitivement, sans que l'estomac le fût avant ou après eux? Qu'est-ce qui empêche qu'une cause ne porte son action directement sur l'un de ces organes? Vous admettez aujourd'hui que les impressions des sens, les passions, les excès dans les travaux intellectuels, peuvent agir directement sur le cerveau, qu'ils n'ont pas besoin pour cela de passer par l'estomac; que les cris, le chant, la respiration d'un air froid, peuvent déterminer une angine, une pleurésie, une hémoptysie, sans agir sur l'estomac; mais si tous ces modificateurs de l'organisme peuvent altérer les viscères dont ils sont les excitants naturels, pourquoi les autres organes ne pourraient-ils pas aussi être frappés primitivement par les exitants qui leur sont propres?

Tous nos organes sont composés des mêmes éléments; il entre dans tous des vaisseaux sanguins, artériels et veineux; dans tous, des nerfs, des vaisseaux lymphatiques; tous ont un parenchyme, un tissu particulier et un tissu général; tous ont leurs excitants propres. Pourquoi donc les uns seraient-ils susceptibles de devenir malades, et les autres ne le seraient-ils pas? Nous pensons que cette proposition n'est pas soutenable, et qu'on doit admettre que « tous nos organes peuvent devenir primitivement malades, indépendamment les uns des autres, sans qu'il soit nécessaire que l'un d'eux, et toujours le même, soit préalablement affecté »; on peut ajouter, « qu'il n'est pas plus nécessaire qu'il devienne malade d'une manière consécutive. »

Une autre conséquence de cette vérité, c'est que, lorsqu'un organe est multiple, c'est-à-dire lorsque plusieurs de ses parties ont des attributs différents, président à des fonctions différentes, ces parties peuvent être malades indépendamment les unes des autres. Ce principe nous sera de la plus grande utilité dans le diagnostic des maladies, et surtout dans la distinction des affections du cerveau.

TROISIÈME PROPOSITION.

« Nos fluides sont susceptibles de maladie. »

Nos organes ne sont pas seulement formés d'éléments solides, une plus grande quantité de fluides entre dans leur composition; ces fluides sont combinés avec nos tissus, renfermés dans des vaisseaux où ils circulent, dans des cavités où ils séjournent. Ces fluides sont loin d'être simples et indécomposables. Or, par une loi invariable de la nature, tous les corps composés sont suceptibles d'altération, de décomposition; donc ces fluides sont susceptibles de s'altérer. Dans l'état actuel de la science, nous ignorons complètement la nature de ces sortes d'altérations; elles ont jusqu'ici échappé à nos recherches : mais on ne peut augurer de là contre leur existence; et c'est commettre une grande faute de raisonnement que de nier l'existence d'une chose par cela seul qu'elle n'est pas encore tombée sous nos sens. Les solidistes exclusifs prétendent que les fluides étant toujours le résultat du travail d'un organe, celui-ci doit être altéré préalablement au fluide; que lorsqu'il circule dans des canaux, comme le sang, etc., ces conduits doivent être malades avant que le fluide qu'ils contiennent soit altéré. Mais il est facile de voir combien ce raisonnement est peu fondé; car, à supposer que tous les fluides soient le résultat du travail d'un organe, rien n'empêche qu'une cause morbifère n'agisse directement sur le fluide sécrété, contenu dans des vaisseaux ou des réservoirs particuliers, sans agir sur ces vaisseaux ou ces réservoirs. Il nous semble que rien ne peut empêcher l'action profonde du calorique ou de tout autre agent. Mais prenons un exemple qui ne soit contesté par personne, et qui fasse voir que les fluides peuvent être viciés d'une manière primitive.

Un individu se trouve placé dans telles circonstances qu'il ne peut faire usage habituellement que d'ali-

ments et de boissons insalubres. Cette supposition n'est que trop admissible : combien de malheureux, à qui la fortune a dénié les premiers moyens d'existence, ne sont-ils pas forcés de suivre un pareil régime ? Les personnes qui font des voyages de long cours, ne faisant usage que de viandes salées, de biscuit et d'eaux croupies; les habitants des villes assiégées, mangeant la chair des animaux domestiques, et quelquefois celle de leurs semblables; et les peuples entiers que la famine dévore, ne justifient que trop cette affligeante supposition. On conçoit facilement que ces aliments et ces boissons dépravés peuvent fort bien ne pas agir sur le tissu des intestins; ils ne sont pas assez delétères pour cela; mais leur usage journalier donnera lieu à un chyle de mauvaise nature; le sang qui en résultera ne pourra être de bonne qualité, il sera sensiblement altéré, et il exercera une funeste influence sur l'économie animale tout entière. Le sang étant le réparateur et le stimulant de tous les organes, ceux-ci devront tomber dans un collapsus plus ou moins profond. De là, des lassitudes générales, spontanées, c'est-à-dire sans causes évidentes; les tissus deviendront lâches et mous; la peau sera pâle, décolorée; la figure abattue, jaunâtre; l'appétit nul, la digestion pénible, la défécation fétide, la respiration anxieuse et gênée, le pouls mou, petit, concentré; l'absorption languissante, la tête pesante, l'intelligence tardive, la mémoire infidèle, l'humeur chagrine, le sommeil lourd, peu réparateur; la copulation impossible; le moindre exercice suivi d'une fatigue insupportable. Bientôt des ecchymoses de diverses grandeurs se feront remarquer sur différentes parties du corps, principalement sur les membres et aux endroits les plus déclives; les gencives se boursoufleront et deviendront saignantes; des hémorrhagies d'un sang noir et fluide se déclareront, une infiltration générale surviendra, et le malheureux pourra succomber, s'il est forcé de continuer le même régime, et si l'on ne substitue pas à ces aliments une nourriture plus saine et des boissons plus généreuses.

Des phénomènes analogues ou différents pourront être produits par la respiration d'un air délétère, tel que celui des marais, celui des amphithéâtres, enfin celui qui renferme une quantité plus ou moins grande de matières organiques en décomposition. Cet air incessamment introduit dans les poumons n'en altérera nullement le tissu; mais le sang qui vient s'y imprégner à chaque instant des principes de cet air en recevra-t-il une influence aussi heureuse, aussi favorable, qu'il la recevrait de l'air pur et embaumé d'une vaste et belle campagne? non sans doute; et il ne tardera pas de se vicier au point de donner naissance aux accidents les plus fâcheux. Telle est incontestablement la cause des maladies qui ravagent les bords des marais Pontins. Telle est aussi la cause de tous les typhus, des maladies pestilentielles qui dévastent des contrées entières.

Ainsi le sang pourra être influencé directement par les aliments, par les boissons, par l'air atmosphérique. Mais s'il peut l'être par ces causes que nous apprécions facilement, qui osera contester qu'il ne puisse l'être par d'autres qui nous échappent ? qui peut nous assurer que le calorique, l'électricité, la lumière, et surtout une multitude de principes fugitifs, n'exercent pas sur ce liquide une influence quelconque ?

Nous venons de voir le sang altéré dans sa composition; combien nous sera-t-il plus facile de démontrer qu'il peut être trop abondant, trop riche en matériaux réparateurs! Un régime alimentaire trop succulent, l'usage habituel de vins exquis, l'inaction, le repos d'esprit, la tranquillité d'ame, la continence, etc.; en un mot, des pertes légères, une réparation surabondante, ne produiront-ils pas infailliblement cet effet ? L'individu placé dans ces circonstances ne tardera pas à présenter des phénomènes particuliers; ces phénomènes seront produits par la congestion de tous les organes et seront caractérisés par les signes suivants : la face sera rouge et animée, les yeux brillants, les lèvres vermeilles; la peau sera chaude, halitueuse, rosée, légèrement tuméfiée; les veines seront saillantes, le pouls fort, fréquent, développé; les battemens du cœur se feront sentir avec véhémence; ils seront quelquefois intervertis dans leur type naturel. La respiration sera accélérée, gênée; il existera de l'oppression causée par la présence, dans le tissu pulmonaire, d'une trop grande quantité de sang; la même cause pourra occasionner des douleurs intestinales et pervertir la digestion; l'urine sera fortement colorée.

Une céphalalgie ou plutôt une pesanteur de tête incommode, une insomnie opiniâtre ou une somnolence invincible tourmenteront le malade; il existera des douleurs dans les membres, des lassitudes spontanées. Tels seront les résultats inévitables d'une hématose trop facile et trop riche.

Maintenant, un individu placé dans des circonstances inverses ne devra-t-il pas offrir un état contraire ?

Des aliments insuffisants, l'usage forcé de l'eau simple, des veilles prolongées, des travaux d'esprit long-temps continués, un exercice pénible et immodéré, des excès dans les plaisirs de l'amour; enfin, des pertes excessives, une réparation indigente ne produiront-ils pas des effets opposés?

Face pâle, lèvres décolorées, yeux ternes et languissants, maigreur générale, peau froide; faiblesse, lenteur du pouls, contractions du cœur insensibles; gêne de la respiration, déterminée par le défaut de puissance inspiratrice et par celui des stimulants nécessaires; sécrétions lentes, urines ténues, sentiment profond de faiblesse, désir du repos, incapacité morale et intellectuelle, sommeil imparfait, locomotion presque impossible, ne seront-ils pas le tableau fidèle des effets déterminés par ces dernières causes?

Ainsi nous venons de voir le sang, altéré dans sa composition, pécher par sa quantité ou trop grande ou trop petite; mais la lymphe, mais l'agent nerveux, mais les fluides sécrétés et contenus dans des réservoirs particuliers, par quel privilége seraient-ils à l'abri des mêmes altérations, du même excès, du même défaut ?

Concluons qu'il faut reconnaître que *nos fluides peuvent être primitivement malades.*

Lorsque nous écrivions ce paragraphe, MM. Leudet, Girard, Magendie, Bouillaud, n'avaient point encore tenté leurs expériences sur les altérations du sang; ces travaux sont cités dans le courant de cet ouvrage; ils confirment par des faits positifs les propositions exposées dans ce paragraphe; propositions qui d'ailleurs, fondées sur l'observation pathologique journalière, ne pouvaient laisser aucun doute raisonnable dans l'esprit des lecteurs.

A Dieu ne plaise que nous voulions faire revivre les ténèbres de l'antique humorisme! Mais aussi, loin de nous l'intention de nier l'existence d'un fait par cela seul que ce fait échappe à nos explications.

Avant tout, nous devons rendre hommage à la vérité. Il est malheureux, sans doute, que les altérations des fluides soient encore peu connues; mais est-ce une raison pour les rejeter ? Aura-t-on fait

faire de grands progrès à la science, lorsqu'on aura taxé de chimères toutes les recherches faites sur ce sujet, en détournant les bons esprits de se livrer à ces pénibles investigations? Dire qu'une chose n'existe pas est sans doute fort commode, lorsque cette chose nous gêne; mais cela fait-il que cette chose n'existe réellement point? Mieux vaudrait alors prendre le parti plus simple encore de nier toutes les maladies.

Nous nous sommes assez longuement étendu sur ce sujet, parce qu'on regardait depuis long-temps cette question comme entièrement résolue par la négative.

Nous devons nous hâter de dire que les maladies des fluides sont bien plus rares que celles des solides. Nous pensons que c'est aux premiers qu'appartiennent certaines maladies générales, telles que la polyæmie, l'anémie, la plupart des affections caractérisées par une spécialité et par une spécificité, et peut-être l'hystérie, l'épilepsie, la catalepsie, etc., si l'agent nerveux est un fluide; mais ces maladies sont dans une proportion bien faible, si on les compare à celles qui frappent le tissu même de nos organes.

Ceci nous conduit naturellement à cette autre proposition fondamentale de notre système.

QUATRIÈME PROPOSITION.

« Il ne peut pas n'exister qu'une seule et même affection. »

La postérité aura peine à croire qu'on ait osé soutenir, de nos jours, qu'il n'existe qu'une seule et même maladie, qu'il ne doit y avoir en conséquence qu'un seul et même traitement. Cette étrange proposition nous étonnerait sans doute, si nous n'avions tous les jours entendu affirmer, et si nous n'avions lu cent fois nous-même, que la peste et l'apoplexie, la variole et la fluxion de poitrine, l'épilepsie et la teigne, la rage et le zona *ne sont que des nuances légères d'une affection toujours la même.* S'il pouvait se rencontrer quelqu'un qui en doutât, nous citerions les paroles suivantes, textuellement extraites d'un ouvrage récent : « Les « nuances d'altération des viscères, y est-il dit, ne « peuvent être considérées que comme des traces « un peu différentes d'une affection toujours la « même, et non pas comme des maladies de di- « verses natures. A quoi bon la prétention de les « distinguer avant de les combattre ? »

Nous sommes loin de partager l'opinion du médecin, d'ailleurs célèbre à plus d'un titre, que nous venons de citer.

Nous pensons que l'espèce humaine est malheureusement en butte à une multitude d'affections différentes. Nous bornerons nos objections à un petit nombre d'exemples, nous réservant de les multiplier par la suite si cela est nécessaire, et si l'occasion s'en présente.

On a dit que toutes les phlegmasies de la peau n'étaient que consécutives de l'irritation gastrique; on a ajouté de plus qu'il n'existait pas de maladies spécifiques. Les malheureuses expériences tentées récemment par quelques élèves en médecine sur la non-contagion de la syphilis prouvent assez qu'ils étaient imbus de ces principes. Eh bien! j'accorde pour un moment que toutes les inflammations de la peau sont consécutives de celles de l'estomac; qu'on me dise alors pourquoi toutes les gastrites ne sont pas suivies de toutes les phlegmasies de la peau à la fois? pourquoi toutes les gastrites ne sont pas des érysipèles, des zonas, des scarlatines, des teignes, des varioles, etc.? Je choisis ces exemples parce qu'ils tombent sous les sens. Comment se fait-il qu'une gastrite donne lieu à un zona, éruption si extraordinaire pour son siége? Pourquoi une autre occasionne la variole; une troisième, la teigne, etc.? Il faut bien admettre qu'il y a spécialité. Si on s'obstine à le nier sans preuve, qu'on me dise comment il se fait que la gastrite développée par la vaccine, pour m'exprimer dans le nouveau langage, comment la gastrite, dis-je, développée par la vaccine, préserve de la gastrite qui développe la petite vérole, et ne préserve pas des autres? Pourquoi une gastrite ordinaire ne met-elle pas à l'abri de la variole, et pourquoi la variole, qui préserve d'une nouvelle gastrite variolique, ne préserve-t-elle pas de toutes les gastrites possibles, ce qui serait un grand bienfait? C'est qu'il existe sans doute autre chose que la gastrite, ou plutôt c'est que la gastrite n'est qu'une chimère surajoutée à l'histoire des maladies dont nous parlons. Les phlegmasies de la peau sont des phlegmasies de la peau, et non des gastrites; elles peuvent exister ensemble et séparément, et la plupart des affections cutanées, ainsi que beaucoup d'autres, reconnaissent une spécialité incontestable.

Certes, il serait à désirer qu'il n'existât qu'une maladie; mais il suffit malheureusement d'ouvrir les yeux pour être convaincu que la nature n'a pas été moins féconde dans les maux auxquels elle nous a exposés, que dans les biens qu'elle nous a dispensés avec profusion.

Quelque pénibles qu'elles soient, ces vérités doivent être connues, car elles nous mettront sur nos gardes, et nous ferons chercher à toutes les maladies leur véritable remède.

CINQUIÈME PROPOSITION.

« Les forces varient dans tous les individus. »

S'il est une circonstance qui doive puissamment modifier le traitement des maladies, c'est assurément le degré de forces des malades. Il était réservé à notre époque de voir nier une vérité aussi palpable. C'est cependant ce qu'il a fallu faire pour établir la nécessité d'un traitement toujours le même. C'est avec une opiniâtreté singulière qu'on s'est élevé contre l'appréciation des forces que nous considérons comme la source la plus précieuse des plus importantes indications thérapeutiques.

Tous les sujets sont loin d'être doués des mêmes forces, et il y a ici autant de différences que d'individus; mais il n'est pas aussi facile qu'on pense de déterminer la somme de forces départies à chacun.

On doit, ce nous semble, entendre par *forces* un développement avantageux de tous les organes; l'aisance, la facilité, l'énergie dans l'exécution de toutes les fonctions; la fermeté des chairs, leur coloration légèrement animée, la médiocrité de l'embonpoint, la largeur des cavités, la texture saine et solide de tous les viscères : tels seront les attributs de la force et de la santé. La prédominance d'un seul organe ou d'un seul système d'organes, tel que le système locomoteur, circulatoire ou tout autre, ne saurait constituer la force, comme on le croit communément. L'homme qui se trouve doué des qualités précieuses que nous venons d'énumérer, peut résister avec avantage aux causes morbifiques qui nous assiégent; c'est avec impunité qu'il bravera la veille, les travaux, les chagrins, l'inclémence des saisons, qu'il pourra commettre des excès dans tous les genres. Aussi faudra-t-il des

causes bien plus violentes pour altérer ses organes, ses maladies seront-elles bien plus violentes, et le traitement à employer devra-t-il être bien plus actif que dans tout autre individu.

Le sujet faible se reconnaîtra à la difficulté, à la lenteur de toutes les fonctions; chez lui la peau sera décolorée, le visage pâle, les membres grêles et décharnés, les chairs flasques et molles, les cavités étroites, les viscères lâches et peu volumineux; la digestion sera pénible, l'appétit peu prononcé, les intestins paresseux, la respiration lente et gênée, le pouls petit, à peine sensible; la peau froide; le moindre exercice sera suivi d'une fatigue profonde; les moindres causes le rendront malade. Si cet être faible languit dans la misère, s'il est soumis à un mauvais régime, s'il éprouve des privations cruelles, une abstinence prolongée; s'il est épuisé par des évacuations excessives, des hémorrhagies réitérées, des suppurations abondantes, soumettrez-vous cet individu au même traitement que le précédent? Non, sans doute; et si un malheureux de cette espèce avait une douleur à l'épigastre, après avoir souffert plusieurs jours de la faim, vous ne lui appliqueriez pas de sangsues sur le ventre, mais vous lui donneriez quelques aliments réparateurs qui le soustrairaient à une mort certaine.

On nous objectera sans doute que les deux extrêmes, dont nous venons de tracer le tableau, ne sont pas deux choses opposées, mais seulement deux degrés différents d'une même chose; que ce n'est qu'un plus ou moins, et l'on en tirera cette conséquence que ces deux états n'exigent pas des moyens opposés, mais seulement un degré différent d'un même moyen.

Cette objection n'est que spécieuse. Il est tout aussi exact de dire que les ténèbres les plus profondes et la lumière la plus éclatante ne sont que des degrés différents d'une même chose et non deux choses opposées, que de prétendre que la force et la faiblesse sont identiques à des degrés différents: jamais personne a-t-il prétendu que la nuit et le jour ne fussent qu'une même chose? Il est difficile, ce nous semble, de contester ces propositions.

Ces considérations sont, comme on va le voir, de la plus haute importance pour la thérapeutique, car on devra conclure rigoureusement que la même maladie arrivant chez les sujets placés dans les deux états opposés que nous avons décrits, devra être traitée d'une manière toute différente.

Je vais plus loin, et je pose un principe aussi incontestable que les précédents: un certain degré de forces et indispensable pour opérer la résolution des maladies; si ce degré de force n'était pas nécessaire, il s'ensuivrait rigoureusement que la résolution devrait toujours s'opérer, que le malade ne serait jamais trop faible. L'expérience journalière démontre assez la fausseté de cette assertion.

Mais s'il faut un degré de forces donné pour que la résolution des maladies ait lieu, il doit arriver souvent que le malade se trouve au-dessus de ce degré de forces, et dès lors on devra l'y faire descendre; et il devra arriver aussi qu'il sera quelquefois au-dessous de ce degré, et dès lors on devra l'y faire monter. Peu nous importe qu'on taxe ceci de *brownisme;* nous croyons que ce que nous avançons est l'expression exacte de la vérité.

Nous devons ajouter que les états intermédiaires entre la force et la faiblesse sont ceux qui se présentent le plus fréquemment, et de là vient le triomphe momentané de toutes les espèces de traitements. Les moyens les plus opposés n'empêchent pas les malades de guérir. Les toniques et les débilitants peuvent être prônés avec la même bonne foi et produire les mêmes succès. Les seuls cas extrêmes sont ceux où ces moyens pourraient nuire s'ils étaient employés à contre-sens, c'est-à-dire si on donnait du quinquina à un ahlète robuste, et des sangsues à un débile octogénaire. Heureusement pour l'humanité, ces cas sont hors de litige.

Pour nous résumer, nous dirons que les partisans des anciennes doctrines conservent avec trop d'opiniâtreté des traditions entachées de la rouille des siècles: les maladies dites essentielles, celles des propriétés vitales et du principe vital, une multitude de prétendues névroses, sont de cette nature.

Que les réformateurs, en n'admettant qu'une maladie d'une seule nature, et qu'un seul ou un très-petit nombre d'organes susceptibles de s'altérer, et qu'un seul mode de traitement, sont tombés dans un excès contraire.

Qu'enfin les propositions suivantes doivent seules former la base d'un système naturel de médecine:

1° Il n'y a dans l'homme vivant que des organes en exercice;

Lorsque ces organes sont sains, les fonctions (c'est-à-dire le mouvement de ces organes) sont saines, dans leur état normal, physiologique;

Si les organes sont altérés, leurs mouvements sont irréguliers, les fonctions sont dans un état pathologique et réciproquement;

2° Tous les organes peuvent être primitivement malades, indépendamment les uns des autres, sans qu'il soit nécessaire que l'un d'eux soit toujours préalablement affecté. On peut ajouter qu'il n'est pas plus nécessaire qu'il devienne malade d'une manière consécutive;

3° Les fluides, entrant pour beaucoup dans notre organisation, ne peuvent être exempts de maladie; ils peuvent être primitivement altérés, pécher par excès, par défaut, et être pervertis dans leur composition;

4° Il est impossible qu'il n'y ait qu'une seule et même maladie. Les affections auxquelles l'espèce humaine est exposée varient autant par leur nature que par leur siège;

5° Un certain degré de forces est nécessaire pour opérer la résolution des maladies;

6° Il est impossible qu'un seul et même traitement convienne dans toutes les circonstances; il devra non seulement varier du plus au moins, mais être quelquefois opposé.

Tels sont les principes que nous nous efforcerons de développer, d'appuyer sur des exemples fournis par la nature.

La seule observation des faits peut conduire à la démonstration de ces vérités.

Les faits sont la base fondamentale de toutes les sciences. Toute série de spéculations hypothétiques ne saurait aujourd'hui mériter ce nom. Nous ne sommes plus au temps où les systèmes pouvaient se passer de la sanction de l'expérience, où il suffisait de quelques raisonnements captieusement enchaînés pour s'attirer l'applaudissement universel. Grâces à la tendance générale des esprits vers le positif, les rêveries des philosophes, des métaphysiciens et des médecins, ne jouissent plus du privilége d'être adoptées avec enthousiasme, quoiqu'elles soient revêtues des formes séduisantes de l'éloquence, ou appuyées sur l'autorité des grands noms. Il faut que les systèmes soient évidemment déduits de la nature pour être reçus avec reconnaissance.

Cependant, il est bien douloureux de le dire, chacun interprétant la nature à sa manière, les faits sont tellement défigurés, qu'ils servent alternativement de preuves aux opinions les plus contradictoires. D'où peut venir une telle singularité, si ce n'est de ce qu'ils sont mal observés ou présentés avec mauvaise foi ?

Mais comment discerner la vérité du mensonge ou de l'erreur ? Comment nous reconnaître au milieu de ce dédale inextricable ? C'est en apprenant nous-mêmes à interroger la nature.

On ne s'instruit que par les sens.

C'est aujourd'hui une vérité généralement reconnue par les bons esprits, *qu'on ne s'instruit que par les sens*. Les anciens qui, lorsqu'ils n'étaient pas entraînés hors de la nature par les séductions de leur imagination, observaient ses phénomènes avec une exactitude qui fait encore notre étonnement et notre admiration, avaient entrevu et exprimé dans leurs écrits cette immortelle vérité ; mais elle était restée sans fruit entre leurs mains. Il appartenait à la philosophie moderne de la faire briller de tout son éclat ; et la gloire d'en faire sortir les résultats les plus avantageux, était réservée spécialement à notre siècle. Une fois convaincus que la seule manière d'acquérir une solide instruction c'est de *voir* les matériaux de notre instruction, il ne reste qu'une difficulté, c'est l'occasion de soumettre à l'exercice de nos sens ces mêmes matériaux. Il est si clair, pour les esprits exempts de préjugés, qu'*on ne connaît bien que ce qu'on voit*, qu'on a lieu de s'étonner qu'une idée aussi simple ait pu subir de si longues et si opiniâtres contradictions, et soit restée ensevelie dans les ténèbres pendant tant de siècles (1).

Pour faire ressortir cette vérité d'une philosophie profonde, qu'il nous soit permis d'entrer dans quelques détails, dont la clarté dissipera tous les doutes.

L'imagination la plus féconde pourrait-elle inventer les sensations qui seraient fournies par un sixième sens ? N'est-il pas de toute impossibilité de trouver d'autres impressions que celles qui nous viennent par les organes dont la nature nous a pourvus ? Ne dit-on pas vulgairement de quelqu'un qui s'égare dans un sujet qui lui est inconnu (qu'on me permette cette citation d'un mot populaire qui renferme un sens plus profond qu'on ne pense), ne dit-on pas *qu'il parle de cet objet comme un aveugle des couleurs ?* Quelle idée, en effet, peut-il avoir des couleurs et des images des corps, le malheureux dont les yeux n'ont jamais été frappés par la lumière ? Quelle idée aura-t-il des sons, celui qui dès sa naissance aura été privé de l'ouïe ? Est-il jamais arrivé qu'on se soit fait une juste idée d'un pays qu'on allait parcourir ? Les poètes nous ont décrit les plaines ravissantes de la Thessalie, les détours multipliés du Méandre ; notre imagination les suit avec ravissement ; mais, quelque exactes que soient ces descriptions, nous n'avons qu'une idée d'une plaine enchanteresse, ou d'un fleuve délicieux ; idée formée par le souvenir des sites que nous avons parcourus : les seuls habitants de ces bords connaissent la vallée de Tempé et les circuits du fleuve de Phrygie. En quittant le toit paternel, qui ne s'est point formé de Paris une image basée sur les récits des voyageurs, sur des descriptions même les plus exactes, et n'a-t-il pas vu s'évanouir cette image trompeuse en abordant aux faubourgs de la capitale ? Mais je suppose que cette idée générale ait eu quelque ressemblance vague avec la ville qu'on venait habiter, qui jamais eût prétendu connaître cette immense cité, et eût osé se hasarder à marcher sans guide dans ce vaste labyrinthe ? et nous ne parlons ici que d'objets dont les analogues nous sont connus. Eh bien ! n'est-il pas plus difficile encore de se faire une juste idée de nos organes, de leurs fonctions, de leurs dérangements, si ces organes, si ces altérations ne nous sont pas tombés sous les sens ?

Appréciation des descriptions. Utilité de la médecine clinique.

Pour connaître une maladie, il faut donc l'avoir vue, l'avoir observée, en avoir suivi avec attention les diverses périodes pendant la vie, et les traces après la mort. Sans cela on ne la connaît point. Mais, dira-t-on, les descriptions exactes des auteurs sont donc inutiles, et lorsqu'on est pénétré des ouvrages des grands maîtres, on ne sait donc rien ? Il était donc inutile qu'Hippocrate et ses dignes émules dans la carrière de l'observation nous transmissent le fruit de leurs veilles et de leur longue expérience ? Loin de nous l'idée de soutenir cet étrange paradoxe. Mais, sans nous laisser imposer par cette objection pressante, apprécions à leur juste valeur ces deux genres d'instruction, et voyons quelle différence il peut exister entre un homme qui dit *j'ai lu*, et celui qui peut dire *j'ai vu*. Le premier, c'est l'homme de cabinet, qui ne connaît la terre que sur des descriptions estimées ; le second est le voyageur qui en a parcouru toutes les contrées ; celui-là ne peut que douter, celui-ci est certain ; le lecteur est obligé de croire, le voyageur juge la description ; cette description ne peut-être donnée que par celui qui a vu, donc il vaut mieux voir.

Un homme doué d'une vaste mémoire peut entasser dans sa tête les immenses détails de nos organes, de leurs fonctions, de leurs dérangements ; celui-là seul les connaîtra qui aura pu les voir et les toucher. C'est alors qu'il pourra lire avec fruit et apprécier les grands maîtres, sans crainte d'épouser leurs erreurs en profitant de leurs vérités. C'est alors que les écarts mêmes de ces hommes de génie pourront lui fournir d'utiles leçons ; alors il sera capable de reconnaître l'écueil sur lequel ils auront échoué. Et quel avantage que de pouvoir juger ces illustres interprètes de la nature !

Voici maintenant quelle est l'utilité des bonnes descriptions : elles nous apprennent à mieux observer nous-mêmes, elles redressent nos erreurs, elles fixent notre attention sur des objets qui nous échappent. Consultées après que nous avons observé, elles gravent plus profondément dans notre mémoire les

(1) Il est vraiment affligeant de voir les efforts que l'on fait depuis peu, pour introduire en France le platonisme, le kantisme et toutes les rêveries allemandes. L'enthousiasme que ces doctrines inspirent à la jeunesse, enthousiasme d'autant plus grand qu'elles sont plus obscures, menace les sciences positives d'une ruine totale, et nous ramène à grands pas vers les ténèbres du moyen âge. Ces craintes ne sont que trop fondées. Par une déplorable disposition de l'esprit humain, nous sommes portés à admirer ce que nous ne comprenons pas, à regarder comme nos supérieurs en intelligence ceux qui nous enseignent, et qui sont censés comprendre des choses inintelligibles. Cette admiration est souvent portée jusqu'au fanatisme, et peut faire des victimes et des martyrs ; ce fanatisme est contagieux, il envahit les générations entières, et les entraîne. Que peut la froide raison contre ce torrent ? Que de temps ne faut-il pas pour réparer ces ravages ! Eh bien, nous ne sommes encore aujourd'hui que dans la période d'envahissement ! Voilà donc où nous ont conduit les admirables travaux des Locke, des Condillac, et de tant de génies si lumineux !

phénomènes que nous avons aperçus; mais jamais elles ne peuvent tenir lieu de l'observation. Il faut toujours interroger la nature : c'est là le livre où se sont formés les grands médecins : il faut y lire comme eux-mêmes.

Le but de l'enseignement clinique étant de *faire voir des malades*, ou, pour parler plus exactement, de faire voir des maladies, son immense utilité ne saurait être révoquée en doute.

L'étude de la médecine clinique est le complément de l'éducation médicale; c'est l'application de toutes les branches de la science, c'est l'art. Cette étude, comme l'indique fort bien l'épithète qu'elle a reçue, ne peut se faire qu'au lit du malade. Là doivent s'évanouir toutes les hypothèses, toutes les abstractions, tous les systèmes, devant le flambeau de l'observation; là, on ne doit voir que ce qui est, et non ce que tel ou tel a écrit. Honte à celui qui fait plier la nature à des explications ingénieuses, à des opinions préconçues!

Pour faire voir à quel point de ridicule on peut parvenir en se livrant à cet amour des systèmes, qu'il nous soit permis de dire qu'un homme doué d'ailleurs d'un talent éminent, ayant imaginé une classification des maladies fondée sur la chimie moderne, n'ayant pu trouver le moyen de faire entrer dans son cadre une foule d'affections, en avait fait une classe particulière, sous le nom d'*erreur de la nature*. Certes, c'est porter bien loin la tendresse pour son propre jugement, que d'oser accuser la nature même d'erreur!

Coup d'œil sur l'histoire de la médecine clinique.

Dans l'antiquité, la plupart des médecins, occupés à bâtir des systèmes avant d'avoir étudié la nature, occupés à se commenter, à se réfuter réciproquement, ne nous ont presque laissé pour héritage que des chimères. Parmi eux, ceux-là seuls qui ont observé les malades nous ont transmis des descriptions précieuses. Les symptômes et les maladies extérieures ont été parfaitement tracés par eux : preuve nouvelle que ce qui tombe sous le sens est seul susceptible d'être rendu avec fidélité. Hippocrate tient parmi eux le premier rang; car, au milieu d'une foule d'erreurs absurdes que les copistes ont glissées dans ses écrits, et qui ne peuvent lui appartenir, parce qu'un grand observateur ne peut être un sot, on rencontre un grand nombre de vérités immortelles.

Mais ce n'est pourtant pas dans ces temps antiques qu'il faut aller chercher l'origine de la médecine clinique. Cette médecine, la seule véritable, est une invention toute moderne. Ce n'est pas dans les volumineux ouvrages de Galien, dans ses divisions subtiles et métaphysiques, non plus que dans les Arabes et les arabistes, exagérateurs des travers de leur maître, comme il arrive toujours, qu'il faut aller chercher les fondements de cette médecine positive. Il faut arriver à Boerhaave, ce génie supérieur, cet ecclectique par excellence, pour trouver la véritable origine de la médecine clinique; c'est à ce grand homme qu'appartient la gloire d'avoir créé ce mode d'enseignement. La justice exige qu'on dise que Guillaume Straten, Otho-Heurnius, Sylvius de le Boë en avaient jeté les premiers germes en Hollande, vers la fin du dix-septième siècle.

On fait aussi aux médecins de Hambourg, de Vienne, de Strasbourg, l'honneur d'avoir senti, vers la même époque, la nécessité de semblables institutions; mais leurs essais imparfaits ne furent suivis d'aucuns résultats. Boerhaave succéda à Sylvius; et n'eût-il fait que réparer l'hôpital de Leyde, pour faire des leçons auprès des malades, c'en serait assez non seulement pour lui faire pardonner les nombreuses erreurs qu'on lui reproche, mais encore pour mériter la reconnaissance de tous les siècles. Ses élèves, que nous comptons au nombre des plus illustres médecins, répandus dans les différentes contrées de l'Europe, firent bientôt sentir l'heureuse influence de cette manière d'étudier, et firent éclater en tous lieux la gloire de leur maître. Albinus, Gaubius, Van Swieten, Heister, Haller, attestent l'excellence de la méthode qui les forma. Cullen illustra bientôt l'école d'Édimbourg, heureux s'il n'eût pas cherché à faire plier la nature à l'appui de théories subtiles, et à la recherche des causes prochaines des maladies, dans le vain espoir de créer un code complet de médecine inattaquable également par le raisonnement et par l'expérience, et qui l'est en effet, comme il devait l'être, et par l'un et par l'autre. Van Swieten, plus fidèle à la médecine hippocratique, donna dans les hôpitaux de Vienne des leçons publiques qui lui acquirent une réputation brillante et méritée. Stork, quoique médecin-philosophe, s'écarta de cette route salutaire, et peu s'en fallut qu'il ne crût avoir trouvé dans la ciguë le remède universel. Dehaen, doué d'une instruction profonde, d'une érudition choisie, d'une grande sagacité, aurait pu parvenir à la perfection, s'il n'eût été aveuglé par un amour-propre excessif. Stoll fut plus sévère que ses prédécesseurs; mais ses ouvrages, riches de faits, sont quelquefois défigurés par les ténèbres de l'humorisme. Jean-Pierre Frank nous a laissé, sous le titre de *Epitome de curandis hominum morbis*, un des meilleurs ouvrages que la médecine clinique ait produits. Hildenbrand a soutenu jusqu'à ce jour l'honneur de l'école de Vienne.

Je ne parlerai pas des établissements cliniques fondés en Italie : ils sont une preuve nouvelle que la nécessité de ce mode d'enseignement est généralement sentie.

Mais je dois parler de l'institution de la chaire de médecine clinique, créée lors de la fondation de l'école de santé de Paris. Elle fut confiée à Corvisart, qui la remplit avec le plus rare talent jusqu'au moment fatal où les honneurs des cours vinrent le ravir aux sciences.

Vers la même époque M. Pinel parut. Sous son influence, la révolution médicale, si longtemps attendue, si longtemps préparée, s'opéra. Les hypothèses, les systèmes disparurent; la raison pénétra dans le sanctuaire d'un art d'où elle avait été si longtemps exilée, et la médecine épurée s'étonna de se trouver au niveau des autres sciences naturelles. Malheur à ceux qui méconnaissent ces bienfaits!

L'hospice de la Salpétrière est une source féconde d'instruction clinique.

Berceau de la révolution médicale, source précieuse d'où sont sortis la plupart des médecins distingués qui ont répandu, de nos jours, sur le sol de la patrie et dans l'étranger, les bienfaits d'une médecine philosophique, l'hospice de la Salpétrière ne peut être considéré comme un lieu peu propre à l'observation médicale. Nul établissement ne présente, en effet, plus de moyens d'instruction; c'est une mine inépuisable pour l'observateur attentif.

Sans invoquer ici les puissantes considérations morales qui doivent diriger notre attention et notre intérêt vers la vieillesse, vers cette époque

de la vie où l'homme, ayant payé son tribut à la société, s'est acquis, par les travaux d'une longue carrière, le respect que tous les peuples accordèrent à cet âge; sans chercher à attirer la pitié vers ces vieillards, en disant que chacun peut être appelé à donner ses soins aux vieux auteurs de ses jours, et qu'il ne saurait acheter par trop de peines une instruction dont il doit tirer un jour une si douce récompense; nous dirons que les maladies de cet âge, étant ordinairement cachées sous des symptômes obscurs, il faut bien plus d'exercice et bien plus de sagacité pour porter un diagnostic juste. En effet, la diminution de ce qu'on nomme les propriétés vitales ou, pour parler plus exactement, de l'innervation, étant un résultat inévitable des progrès de l'âge, il n'est pas surprenant que ces altérations d'organes ne donnent lieu qu'à des phénomènes peu marqués, et ne se dérobent ainsi à l'investigation de l'observateur peu exercé; mais aussi, lorsqu'on sera parvenu à reconnaitre d'une manière précise les altérations d'organes chez les vieillards, quelle facilité n'aura-t-on pas à reconnaître et à traiter ces lésions dans les jeunes sujets, chez lesquels elles sont annoncées par les signes les moins équivoques?

Si les symptômes sont lents et obscurs chez les vieillards, les altérations organiques sont généralement bien plus prononcées que dans les autres âges. L'hospice de la Salpêtrière ne renfermant en général que des personnes sur le point de terminer leur carrière, les secours de l'art luttent bien souvent en vain contre cette inévitable loi de la nature. Nous avons donc, plus qu'ailleurs, le déplorable mais précieux avantage d'interroger les restes de l'homme mort, pour y puiser des leçons utiles à l'homme vivant; avantage rendu plus précieux encore par la faculté que nous avons d'observer dans toutes leurs maladies et pendant plusieurs années les personnes qui succombent; d'avoir par conséquent un commémoratif recueilli par nous-mêmes, et sur lequel nous pouvons compter. C'est faire sentir assez l'importance d'une pareille position, que de dire que c'est seulement dans ce genre de recherches que réside la certitude de la médecine.

Avantages de l'anatomie pathologique.

Ces réflexions nous ont naturellement amené à chercher quelle est la connaissance la plus importante que doive posséder le médecin, pour ne pas nuire d'abord; en second lieu, pour être utile. Sera-ce la connaissance des causes? mais l'utilité des unes se borne à des modifications de traitement, et à prévenir, par des précautions convenables, le retour de la même maladie; la connaissance des autres fournit quelquefois des indications plus importantes, ainsi que nous le verrons plus loin.

Mais dans combien de circonstances la cause n'est-elle pas totalement ignorée? et lorsqu'elle est connue, combien peu fournit-elle d'indications et influe-t-elle sur le traitement? Qu'importe en effet qu'une péripneumonie soit due à un coup porté sur la poitrine ou à l'impression du froid: la maladie produite, n'est-ce pas toujours l'inflammation du poumon qu'il faut traiter?

Sera-ce donc la connaissance de la nature intime de la maladie? En donnant à ce mot toute son étendue, vraisemblablement cette connaissance serait d'une grande utilité. Mais il est plus que probable qu'elle nous sera toujours cachée, et les efforts qu'on tenterait pour la découvrir ne pourraient conduire qu'à de vaines chimères, comme l'attestent les systèmes, les divagations de tous les temps, et la route vicieuse que suit encore avec opiniâtreté une école moderne fameuse. Il faut savoir ignorer ce qu'il ne nous est pas donné de connaitre.

Sera-ce la connaissance des symptômes? Mais quoi de plus vague que les symptômes seuls? quoi de satisfaisant peuvent-ils présenter à l'esprit? Lorsqu'après avoir interrogé attentivement un malade, vous avez reconnu un malaise général, des douleurs vagues dans les membres, une chaleur plus ou moins forte, de l'inappétence, une légère fréquence dans le pouls, avec exacerbation à certaines heures, ou tout autre symptôme aussi peu déterminé, avez-vous alors une connaissance suffisante de la maladie? trouvez-vous dans ces symptômes des indications positives et satisfaisantes? C'est dans ces cas que divers médecins, consultés par le malade, indiqueront un traitement différent, et même totalement opposé. Vous verrez l'un ordonner des sangsues sur l'épigastre; l'autre, un vomitif; celui-ci, un purgatif; celui-là, des délayants et la diète; un autre, enfin, les amers et les excitants. Ils ne sauront comment caractériser la maladie: pour le premier ce sera une gastrite; pour le second et pour le troisième, un embarras gastrique et intestinal; pour le quatrième, une fièvre simple, et pour le cinquième, une faiblesse d'estomac, une dyspepsie, etc.

Qu'un malade ait, au contraire, à la suite d'un frisson, éprouvé une douleur vive et profonde dans le côté, que le son rendu par la percussion soit mat dans ce côté, qu'il ait expectoré des crachats teints de sang, que le décubitus ait lieu sur le côté malade, etc., tous les médecins instruits et raisonnables reconnaitront une péripneumonie; et si le traitement diffère, ce ne sera que par de légères nuances.

Le siége d'une maladie, son genre étant fixé, formera donc la connaissance la plus positive, la plus satisfaisante qu'un médecin puisse acquérir dans l'état actuel de la science. Sans cette connaissance, l'esprit flotte dans l'incertitude, ne sait sur quel point s'arrêter. Une maladie qu'on peut localiser est donc une maladie infiniment mieux connue que celle dont on ne peut fixer le siége: avouons même que, pour ces dernières, l'art est encore au berceau. M. le professeur Pinel, ainsi que nous l'avons dit, avait fait d'heureux efforts pour déterminer quel était l'organe lésé dans les fièvres essentielles; mais ses tentatives méritent d'être poursuivies avec persévérence, et l'on ne pourra se féliciter de connaître cette classe de maladies que lorsqu'on sera arrivé à l'heureux résultat qu'il s'était proposé. Pour les névroses, il reste aussi beaucoup à faire; leur siége est encore presque entièrement ignoré (1): si jamais on vient à le découvrir, ce ne peut être que par le moyen de l'anatomie pathologique. Révoquer

(1) Quand nous disons que le *siége* des névroses est entièrement ignoré, l'on ne peut entendre par ce mot que l'altération organique qui les produit. On peut connaitre le siége d'une maladie par le raisonnement; lorsqu'il existe un désordre notable dans une fonction, qu'en même temps il n'en existe dans aucune autre, ou que du moins il est évidemment consécutif, on a les plus *grandes probabilités* pour que l'organe malade soit alors celui qui préside à la fonction lésée primitivement ou uniquement. Ainsi, pour les névroses, bien que l'anatomie n'ait encore fait reconnaitre aucune altération constante et indubitable, tous les médecins pensent qu'il faut les placer dans le système nerveux, et le nom qu'on leur donne indique assez cette intention. Les symptômes qui les caractérisent sont tous en effet des désordres fonctionnels du système nerveux; et si les fonctions appelées organiques sont troublées, elles le sont évidemment d'une manière secondaire.

en doute cette assertion, ce serait vouloir révoquer en doute l'utilité de l'anatomie pour les connaissances des phénomènes physiologiques. C'est vouloir connaître et expliquer le jeu d'une machine compliquée, sans en avoir étudié les ressorts.

Cependant les médecins, qui ne sont pas favorablement placés pour se livrer à des recherches suivies de ce genre, sont naturellement portés à n'accorder aux ouvertures de corps qu'un degré médiocre d'utilité. Parmi les objections qu'ils adressent contre cette espèce d'étude, il en est de plus ou moins fondés. Néanmoins, si l'on arrête ses regards sur les ouvrages des médecins les plus recommandables, on s'aperçoit sans peine que ceux qui ont obtenu l'estime la plus générale, ceux dont l'utilité est le moins contestée, sont ceux qui sont basés sur cette espèce d'investigation. Il ne faut que se rappeler les recueils de Bonet et de Morgagni, les traités de Senac, de Corvisart, Bayle, etc., pour être convaincu de la vérité de cette assertion. Cependant, pour ne pas paraître exclusif, pour signaler les écueils de l'abus en même temps que l'utilité de l'usage, ne dissimulons pas les objections qu'on peut nous faire.

1° Beaucoup d'altérations qui n'existaient pas dans la vie peuvent être survenues depuis l'instant de la mort. Comment les distinguerez-vous?

2° Beaucoup d'autres, au contraire, existantes pendant la vie, peuvent disparaître quand elle vient à cesser; telles, par exemple, que la rougeur érysipélateuse.

3° Enfin, comme le disaient les anciens, et Celse en particulier, « n'est-il pas ridicule de vouloir que le cadavre manifeste à nos yeux les phénomènes de la vie qui n'y est plus, et de penser que les choses sont dans l'homme mort comme elles étaient dans l'homme vivant? »

4° On peut encore ajouter à ces objections, que, bien que le corps humain soit composé d'organes, que les fonctions soient le résultat du jeu de ces organes, et que le trouble des fonctions doive indiquer nécessairement un dérangement dans l'organe qui l'exécute, ou dans un organe qui sympathise avec lui, il n'est pas certain que les tissus seuls soient altérés dans les maladies; qu'il n'y a pas de raison pour que les fluides de toutes espèces qui circulent dans l économie ne soient aussi primitivement altérés, puisque tout corps est susceptible de décomposition, et que par conséquent il nous est impossible, dans l'état actuel de la science, d'apprécier ces altérations, qui probablement resteront long-temps encore inconnues.

On ne saurait nier qu'il n'existe dans ces raisonnemens plusieurs objections au moins spécieuses, et ce doit être pour les médecins amis des progrès de leur art une source éternelle de regrets. Mais loin de les décourager, ces difficultés ne doivent que les enflammer davantage pour ces sortes de recherches, les seules qui puissent leur fournir quelques lumières sûres.

Examinons la valeur des objections des dépréciateurs de l'anatomie pathologique.

1° *Il survient des altérations après la mort.* Sans doute, mais l'expérience et le raisonnement sont parvenus à les reconnaître presque toutes. La stase du sang, l'engouement des organes dans quelques-unes de leurs parties, a été reconnu comme un effet purement cadavérique, puisqu'en plaçant un corps sur divers sens, dans les instants qui suivent la mort, on a constamment rencontré cet engorgement dans les parties les plus déclives.

Les concrétions nommées improprement polypeuses, que l'on trouve dans quelques cas, se forment après la mort ou du moins dans les dernières heures de la vie; il est impossible d'imaginer qu'on pût vivre avec de pareilles concrétions dans les cavités du cœur et des gros vaisseaux; en second lieu, le sang tiré de la veine, pendant la vie, ne prend jamais le même aspect.

Les gaz contenus dans les intestins peuvent être reconnus dans le vivant. Il est facile de distinguer ceux que la gangrène développe dans nos organes, de ceux que la putréfaction cadavérique y fait naître. La consistance des parties peut encore être appréciée d'une manière juste, par rapport à la température régnante, à l'âge du sujet, à la date de sa mort; circonstances dont on connait les effets sur elles, etc. On peut dire autant de leur couleur; tout médecin exercé aux investigations cadavériques apprécie fort bien toutes ces nuances, qu'il serait trop long de faire connaître ici.

2° « Plusieurs altérations peuvent disparaître après la mort. » Oui, mais ce n'est là qu'une conjecture pour les organes intérieurs. De ce que l'érysipèle disparait à la peau, ce n'est pas une raison pour que l'injection des autres membranes disparaisse. On voit, en effet, que lorsque des symptômes ont indiqué une phlegmasie d'une manière non équivoque, on en rencontre toujours les traces dans l'organe qui en fut le siége pendant la vie. On ne peut d'ailleurs conclure d'une manière positive sur une simple conjecture; et à supposer qu'ils existent, ces cas doivent être bornés.

3° Malgré les déclamations des anciens contre l'anatomie, on ne pourra s'empêcher d'avouer que notre supériorité incontestée dans la connaissance des phénomènes de la vie n'ait été puisée dans l'étude de cette branche de la médecine. Et nous voyons qu'eux-mêmes, lorsqu'un respect superstitieux pour la tombe empêchait les recherches cadavériques, cherchait à suppléer à cette étude en portant leurs regards avides dans les entrailles des animaux, ou en saisissant avec empressement les occasions que de grandes blessures ou de grandes opérations leur fournissaient, d'interroger les organes dérobés par la nature à leur connaissance. Donc ils en sentaient la nécessité.

L'objection de Celse n'en est point une. Il est très-évident *que les choses ne sont pas dans l'homme mort ce qu'elles étaient dans l'homme vivant*, et c'est là précisément ce que l'on cherche. On veut arriver par ce moyen à connaître quel dérangement organique a pu faire cesser la vie, ou, pour mieux parler, le mouvement de l'organisme, afin d'y remédier une autre fois, si c'est possible. On connaît les organes dans leur état sain, cette connaissance est facile à acquérir; le même organe n'est pas constamment malade: on peut donc le voir dans l'état sain. Aux ouvertures de corps, on a bien plus occasion de voir des organes sains que des organes malades; pour un qui est affecté, vingt, trente, et tous les autres peuvent être dans l'état normal. Cet état normal est donc promptement connu. Dès lors, rien ne sera plus facile à apprécier que l'état morbide des viscères, et pourtant rien ne peut être plus utile à la recherche des vraies méthodes de traitement.

4° « Des fluides de toute espèce peuvent être altérés. » Mais si malheureusement nous ne pouvons aujourd'hui discerner leur diverses altérations, qui serait assez téméraire pour oser assurer qu'elles échapperont toujours à la sagacité et aux moyens d'exploration des observateurs à venir?

Nous venons d'exposer, avec toute l'impartialité

possible, le faible côté des recherches cadavériques. Si nous voulions donner une idée de leur utilité, il nous faudrait citer toutes les maladies qui laissent après elles quelques traces. La classe tout entière des phlegmasies, la plus parfaite, la plus satisfaisante de toutes, puisqu'en même temps que ces maladies ont été mieux connues, elles ont été traitées avec bien plus de succès, et que pour elles le raisonnement est parfaitement d'accord avec l'expérience : la connaissance des lésions organiques de toute espèce; ici le traitement n'a pas suivi les mêmes progrès, mais l'empirisme aveugle n'est pas plus avancé, et certes, si l'on peut espérer de guérir quelques-unes de ces désorganisations, c'est sans contredit lorsqu'on aura mieux connu la nature, la marche et le développement de ces altérations; alors le traitement deviendra rationnel, d'absurde qu'il était. Enfin il est bien plus satisfaisant et bien plus voisin de la perfection de dire : Tel symptôme indique telle lésion dans tel organe, tel traitement convient ou ne convient pas; que de dire : Je ne sais pas quelle altération produit les symptômes que j'observe, mais n'importe, il faut traiter le malade, et je vais donner, dans l'espoir de réussir, tel ou tel médicament. Dans le premier cas, on sait quelque chose, on ne nuira pas; dans le second, on ne sait rien, on est un empirique, et l'on peut abréger les jours d'un malheureux nécessaire à sa famille et à ses concitoyens.

Pour certains esprits fort étroits, toute la médecine est dans ces mots: *un malade étant donné il faut le guérir ;* et les voilà qui traitent à tort et à travers; sans s'inquiéter s'ils connaissent la maladie, ils traitent le malade. Ils ont lu ou on leur a dit que « tel médicament était bon contre tel symptôme » ou tel groupe de symptômes, et de gorger les malades de cette drogue!!

Pour ceux qui, moins habiles et moins hardis, ne veulent pas traiter un malade sans connaître sa maladie, qu'il leur soit permis, malgré les cris improbateurs de la multitude, de poursuivre leurs observations pendant la vie, et leurs recherches après la mort. Ces recherches seules sont la source des connaissances utiles, en donnant au diagnostic toute la certitude qu'il puisse acquérir.

Dispositions qu'il faut apporter dans l'étude de la médecine.

Mais, pour faire des progrès dans l'étude de la médecine, il faut employer dans nos travaux toutes les facultés que nous a dévolues la nature. La plus précieuse de toutes, celle sans laquelle le génie des découvertes ne saurait exister, sans laquelle on est condamné à une incurable médiocrité, c'est l'attention. En vain verrait-on un grand nombre de malades, en vain se trouverait-on au milieu de la mine la plus féconde en matériaux d'observation; si l'on ne dirige en même temps toute son attention sur les maladies, si l'on ne porte une avide curiosité sur ces matériaux d'observation, ces objets précieux effleurent à peine les sens, l'on n'en reçoit qu'une impression fugitive, comme une glace reçoit l'image des corps sans en conserver la trace la plus légère. Ainsi, l'inattention conduit nécessairement à l'impéritie, et l'impéritie à l'erreur, le plus funeste des maux versés sur le genre humain. Mais pour éviter l'erreur, pour acquérir quelques connaissances positives, une attention ordinaire ne suffit pas : il faut encore que cette attention soit forte et toujours soutenue; la moindre interruption de cette application de l'intelligence peut devenir la source des maux les plus graves; je dis des maux les plus graves, car, en médecine, il n'est pas de fautes légères. Arbitre des destinées des familles, quelquefois même des empires, et toujours dépositaire du bien le plus précieux de ses pareils, la santé et la vie, la moindre faute pouvant compromettre l'une et l'autre, le médecin peut produire les plus grands maux comme les plus grands biens. En effet, si l'attention est un instant suspendue, l'enchaînement des idées ou des faits vous échappe, vous n'entendez qu'une partie d'un tout qu'il faut connaître dans son ensemble, et cette partie peut être contradictoire à cet ensemble; ainsi, d'une démonstration utile vous ne retenez qu'une proposition erronée, et dont l'application peut devenir fatale. Voulez-vous un exemple frappant, et malheureusement assez ordinaire, du danger qu'entraîne le défaut d'attention : un malade est confié à vos soins; il est en proie à plusieurs affections; ses plaintes vous font reconnaître l'une d'elles. Satisfait de cette connaissance, votre attention étant tout-à-fait absorbée par elle, vous négligez de la porter vers d'autres viscères; l'individu meurt, vous l'ouvrez en présence d'autres médecins, et vous apprenez, mais trop tard, qu'une attention plus soutenue eût pu ravir à la tombe un père infortuné, seul soutien d'une nombreuse famille. Un repentir tardif est le fruit amer de cette négligence, et la douleur de votre amour-propre humilié ajoute encore au juste châtiment que vous a mérité ce défaut d'attention. Je pourrais sans peine multiplier les exemples de cette nature. Je pense en avoir dit assez pour vous convaincre de la nécessité de *l'attention*, dans l'étude et dans la pratique de la médecine. Attentifs, vous pouvez devenir d'excellents médecins, ou, comme le disait le premier des orateurs romains, en parlant d'Asclépiade, des bienfaiteurs envoyés par les dieux sur la terre, pour le salut des hommes; inattentifs, vous en deviendrez les fléaux.

Pour faire quelques progrès dans l'art de guérir, il est encore une condition indispensable; c'est un amour ardent et pur de la vérité. Toute idée préconçue, tout système doit tomber devant l'observation. L'erreur dépendante du défaut d'attention est sans doute une faute grave, mais pardonnable enfin, puisqu'elle tient à la faiblesse humaine. L'erreur volontaire est un crime. Malheur à celui qui emploie son talent à faire triompher des hypothèses mensongères! La vérité, seule est éternelle; l'erreur peut régner un moment mais enfin elle disparaît, et ne laisse après elle que les traces et les souvenirs funestes des maux qu'elle a produits Dire la vérité; est non seulement un devoir, mais encore la plus grande gloire à laquelle puisse aspirer le médecin observateur. La gloire des Hippocrate, des Sydenham, des Morgagni, sur quelle autre base repose-t-elle que sur la vérité de leurs observations? Et si quelques taches déparent leur mérite, n'est-ce pas parce qu'avec de grandes vérités, ils nous ont aussi transmis de grandes erreurs?

L'observation étant le creuset où s'épurent toutes les doctrines, nous devons nous estimer heureux de pouvoir profiter de ses bienfaits. Si les temps modernes sont supérieurs aux temps antiques, c'est sans contredit par ces établissements destinés à admettre l'indigence souffrante. Les hôpitaux honorent notre âge et l'humanité; mais leur utilité ne se borne pas à mettre un terme aux douleurs des malheureux, ils sont encore une source précieuse, féconde, inépuisable d'instruction; c'est là que se trouvent réunies dans un espace circonscrit toutes

les maladies qui affligent l'espèce humaine. C'est là qu'en peu de temps on acquiert une précoce expérience, hâtée par l'abondance des moyens d'instruction. C'est là, c'est au lit du malade qu'on peut vérifier les prétendus oracles que quelques esprits dominateurs se plaisent à dicter.

Mais c'est peu que d'avoir devant nous des matériaux d'instruction multipliés, si nous n'apportons en même temps dans nos études des dispositions d'esprit propres à nous en faire recueillir tous les fruits. En vain mille sujets intéressants seraient-ils présentés à nos regards, si nos yeux étaient couverts du bandeau de la prévention. Il ne saurait exister une disposition plus contraire que celle-là aux progrès des sciences. A quoi bon, en effet, chercher à faire reconnaître à un esprit prévenu les signes d'une maladie, s'il est persuadé d'avance de leur fausseté? A quoi bon même, interrogeant en sa présence les restes inanimés de l'homme, vouloir lui faire reconnaître les altérations des organes? Ne verra-t-il pas toujours, selon sa disposition, rouge ce qui est blanc, ou blanc ce qui est rouge; et, selon son caractère plus ou moins impétueux, n'ira-t-il pas jusqu'à exiger par la violence que vous voyiez comme lui? Cet étrange aveuglement n'est-il pas propre à faire faire à la science des pas rétrogrades?

Le doute est donc la disposition d'esprit la plus heureuse pour marcher avec certitude dans le chemin de la vérité. Mais par le doute nous ne voulons pas dire l'incrédulité. L'incrédulité dans les sciences est une disposition aussi contraire à leurs progrès qu'une confiance aveugle. Si celle-ci adopte également les vérités et les erreurs, celle-là repousse également et les erreurs et les vérités. Celui qui croit tout sans examen fait preuve d'une ignorance timide et paresseuse, il se condamne à la nullité de penser; celui qui ne croit rien fait preuve d'une ignorance présomptueuse, il se condamne à la nullité de savoir. Ainsi, lorsqu'un fait s'offre à notre observation, quelque extraordinaire qu'il nous paraisse, gardons-nous bien de dire qu'il est faux, avant de l'avoir examiné de toute la force de nos sens et de notre intelligence; rien n'annoncerait un orgueil plus téméraire et plus ridicule que de rejeter des observations, par cela seul qu'elles seraient contraires à notre manière de voir : mais gardons-nous également d'adopter sans examen les faits même les plus vraisemblables; l'erreur pourrait être la suite de notre facilité. Le doute est loin d'être le propre de l'ignorance, il est au contraire le partage du savoir.

Voici un exemple bien propre à faire ressortir cette vérité.

On s'accorde généralement à reconnaître comme signes irrécusables, pathognomoniques d'une péripneumonie, la douleur au côté du thorax, la matité du son, l'absence du bruit respiratoire dans l'endroit correspondant à la douleur, la difficulté de respirer, la toux, le crachement de sang; et pour signes généraux, la chaleur à la peau, la fréquence dans le pouls, et la soif; il n'est personne, en effet, qui ne reconnaisse à ces signes une inflammation du poumon. Voici cependant ce que nous avons vu : une femme, à peu près sexagénaire, accusait une douleur au côté gauche et postérieur du thorax; le son qu'on obtenait par la percussion était mat dans cette partie; il existait de la gêne dans la respiration, de la toux, et du sang était mêlé aux matières expectorées; il y avait dureté, fréquence dans le pouls, chaleur à la peau, soif vive; en un mot, cette malade présentait tous les signes d'une inflammation du poumon. Après un examen très-attentif, l'on ne douta nullement de l'existence de cette maladie. Il n'en était cependant rien. La malade succomba, et (comme pour donner un nouveau démenti à ceux qui nient l'utilité de l'anatomie pathologique) l'ouverture seule du corps pouvait, dans ce cas, faire reconnaître la vérité. La cavité gauche de la poitrine contenait une tumeur énorme, formée par la dilatation de l'aorte, laquelle était remplie de concrétions fibrineuses; le poumon était parfaitement sain dans sa texture. De cette disposition des parties dépendaient la douleur au côté, le son mat, la difficulté de respirer, le crachement de sang, etc. Vous voyez donc que le doute est le résultat du savoir dans cet exemple. En effet, un médecin, à qui les signes de la péripneumonie auraient été connus, *n'aurait pas douté* de l'existence de cette phlegmasie; mais un médecin qui aurait observé un cas semblable à celui-ci, aurait eu moins de certitude, il aurait douté. Rien ne serait plus facile que de multiplier les exemples. Dans ce moment, celui-ci doit suffire pour faire voir qu'il faut se défier des gens qui ne *doutent de rien*, selon l'expression vulgaire. Mais si le doute est le dernier terme où nous puissions parvenir par nos travaux, ainsi que tous les bons esprits en sont convenus, il est aussi éloigné de l'hésitation de l'ignorance que du ton tranchant du demi-savoir et du pédantisme.

Cependant, quoique le scepticisme soit la disposition d'esprit la plus heureuse pour acquérir une solide instruction, il est pourtant un excès à éviter. Ici, comme dans tout, l'abus est à côté de l'usage; quoique l'esprit de doute soit la condition la plus favorable pour l'étude, il faudrait se garder de porter cet esprit dans l'exercice de la médecine. Ce n'est pas ici le conseil d'un méprisable charlatanisme; mais la confiance que le médecin inspire à son malade, et l'espérance qui en résulte, favorisant la résolution des maladies par les heureuses modifications qu'elles impriment à l'organisme, on doit éviter avec le plus grand soin tout ce qui peut en diminuer la salutaire influence. Or, le public est peu philosophe; il confond sans discernement et le doute du savoir et l'hésitation de l'impéritie.

Nous signalons cet abus de doute, plutôt pour n'avoir pas à nous reprocher une omission que pour donner un conseil que nous jugeons bien nécessaire. L'esprit de notre génération n'est pas tourné vers l'excès du doute. Il faut l'avouer, soit paresse de réfléchir, soit amour-propre, nous sommes enclins au ton tranchant et dominateur; nous voulons avoir toujours raison, nous ne voulons pas souffrir que d'autres examinent nos opinions, et surtout nous avons le grand tort de ne pas nous donner la peine d'examiner les leurs. Nous sourions dédaigneusement lorsqu'on oppose à notre manière de voir une manière différente; nous seuls avons vu la lumière, nous seuls sommes infaillibles.

Pense-t-on qu'une semblable disposition soit bien favorable aux progrès de la médecine? Ne ressemblons-nous pas aux Egyptiens ou aux Chinois, qui, persuadés de la perfection et de la supériorité de leurs arts et de leurs sciences, refusaient d'admettre parmi eux les arts et les sciences des autres peuples, et ne sommes-nous pas menacés comme eux d'une incurable ignorance? Le véritable moyen de découvrir le vrai, n'est-ce pas de ne rejeter aucune opinion sans un examen attentif, et de n'adopter rien sans une mûre réflexion? Gardons-nous de nous laisser influencer par l'autorité des noms, par l'ascendant de l'exemple, par le fanatisme contagieux des génies systématiques; conservons à notre esprit cette

noble liberté qui permet au jugement d'apprécier les idées les plus séduisantes, qui ne sont que trop souvent les enfants d'une imagination en délire; mais gardons-nous de présumer tellement de la justesse de notre esprit, qu'après avoir avancé une opinion quelconque, il ne nous soit plus possible de la rétracter. C'est bien souvent cet amour-propre mal entendu qui nous empêche de revenir sur des opinions erronées que nous avions émises, et qui nous fait en avancer de plus absurdes encore pour soutenir les premières. Si nous sommes tombés dans l'erreur, avouons noblement notre faute, et, passionnés pour la seule vérité, confessons que nous l'avons méconnue; c'est un des plus beaux triomphes de la philosophie.

Un médecin, dont nous sommes loin de contester le mérite, nous donne tous les jours des exemples remarquables en ce genre. Il écrivait en 1816 : « La phlogose obscure de la membrane muqueuse de » l'estomac et des intestins a cependant frappé plu» sieurs observateurs modernes dans l'étude de l'a» natomie pathologique. Je citerai particulièrement » M. Prost, qui, dans trois ouvrages imprimés, » 1° *La médecine éclairée par l'observation et l'ou» verture des corps*, 2° *Coup d'œil sur la folie*, » 3° *Essai sur la sensibilité*, s'est étudié à prouver » que l'irritation de cette membrane peut exister » pendant long-temps sans douleur locale, qu'elle » produit le trouble des fonctions animales et une » foule de lésions qu'on attribue d'ordinaire à toute » autre cause. Ce mécanisme lui a paru si fréquent, » qu'il n'a pas hésité à attribuer exclusivement à la » souffrance de la muqueuse gastro-intestinale les » fièvres intermittentes, toutes les ataxiques sans » exception, et même la manie. » Ecoutez, c'est toujours le même auteur qui parle : « J'ai trop sou» vent rencontré cette membrane en bon état *à la » suite des typhus les plus malins;* j'en ai vu un trop » grand nombre s'améliorer par l'emploi des stimu» lants les plus énergiques, pour partager l'opinion » de ce médecin sur la cause de la fièvre ataxique. » Les causes de la manie, sont trop nombreuses, » celles des fièvres intermittentes sont trop peu con» nues dans leur mode d'action, pour qu'aucun pra» ticien adopte la théorie de M. Prost sur ces ma» ladies (1). »

On aura sans doute de la peine à reconnaître à ces paroles l'auteur des *Phlegmasies chroniques* et de l'*Examen des doctrines médicales*. On sait que, « bien qu'il eût vu trop souvent la membrane muqueuse gastro-intestinale en bon état dans les typhus les plus malins, et ces maladies s'améliorer sous l'emploi des stimulants les plus énergiques, » il a eu le courage d'adopter sans restriction la théorie de M. Prost. En effet, dans ses premiers cours et dans son premier *Examen*, il a affirmé que l'état fébrile dépendait toujours de l'irritation primitive ou secondaire de la membrane muqueuse gastro-intestinale; mais depuis, ayant eu occasion de voir que des phthisiques digéraient parfaitement bien, quoiqu'ils eussent habituellement une fièvre intense, et qu'à leur mort on ne trouvait aucune rougeur dans l'estomac, le même auteur a sagement admis que la seule irritation du poumon, indépendamment de l'estomac, pouvait donner lieu à l'état fébrile. Ayant eu aussi occasion de voir des maladies cérébrales provoquer la fièvre, sans que l'autopsie ait démontré l'irritation de l'estomac, le même auteur a d'abord avancé que la gastrite avait disparu; et plus tard, il a eu la noblesse d'avouer que l'irritation de cerveau pouvait faire naître l'état fébrile sans l'intermédiaire de l'estomac. Bien plus, dans le premier *Examen*, le quinquina, le camphre et autres excitants, sont signalés comme des substances incendiaires et meurtrières, et ceux qui les emploient comme toujours assassins; mais dans le dernier *Examen*, revenant à la doctrine des phlegmasies chroniques, nous voyons qu'une foule de maladies réclament le traitement tonique, stimulant, et ne guérissent que par lui. On reconnaîtra là la conduite d'un esprit supérieur aux faiblesses de l'amour-propre, et qui, de concessions en concessions, finira sans doute par arriver à la vérité. A son exemple, nous nous garderons d'une obstination coupable et dangereuse. Quelques gens épigrammatiques, il est vrai, voyant que le même écrivain rejette, dans son dernier ouvrage, l'utilité des ouvertures de corps et du diagnostic, ont pensé que c'était vraisemblablement parce que ces deux bases de la certitude médicale donnaient de fréquents démentis à la doctrine dite physiologique. Il est incontestable que si nous nous en rapportons aux nombreuses ouvertures que nous faisons, et dont nous rendons le public témoin, ces reproches pourraient bien n'être pas sans fondement. Quoi qu'il en soit, il est certain que la vérité doit jaillir de la lutte actuelle, si chacun apporte à ses recherches la même facilité à abandonner ses erreurs que le médecin dont nous venous de citer une partie des rétractations multipliées.

C'est bien injustement que ces rétractations ont paru à quelques-uns un défaut de solidité dans la manière de voir et de penser. N'est-il pas mieux de ne trouver dans cette conduite que la sagesse et la franchise avec laquelle l'auteur est rentré dans le sentier de la raison, dès qu'il s'est aperçu qu'il s'était égaré? Et quoique chacune de ses opinions ait été soutenue avec la plus ferme assurance, comme une vérité incontestable, les personnes bien intentionnées ne balanceront pas à reconnaître ici le triomphe du doute philosophique.

N'est-ce pas là cet amour de la vérité, cette facilité à abjurer l'erreur, cette flexibilité d'esprit que nous demandons et que nous nous plaisons à louer dans autrui? Nous nous efforcerons aussi d'en donner des preuves. Nous reconnaîtrons avec plaisir les heureuses modifications que le professeur du Val-de-Grâce a imprimées à la médecine, et nous signalerons avec franchise ce que nous croyons être contraire à la vérité.

But de la médecine.

Jusqu'ici nous nous sommes borné à exposer les propositions fondamentales de notre système médical, nous nous sommes étendu sur la manière d'acquérir une instruction solide, et principalement sur l'esprit qu'il faut apporter dans la recherche de la vérité; mais ce n'est point assez : savoir est beaucoup, être utile est plus encore. En effet, toute science qui n'a pas pour fin l'utilité de l'espèce humaine mérite peu d'intérêt de la part du philosophe, et si l'on prend cette utilité pour base de la hiérarchie des sciences, le premier rang appartient sans contredit à la médecine. Elle ne serait elle-même que l'objet d'une curiosité stérile, si, se bornant à faire connaître l'homme sain et malade, elle n'enseignait en même temps les moyens de conserver la santé, et ceux de la rétablir lorsqu'elle est altérée. L'hygiène remplit le premier objet, et la thérapeutique le second.

En vain la philosophie trouverait-elle un avantage immense dans la connaissance de l'organisme, cet avantage, tout immense, tout incontestable qu'il

(1) *Phlegmasies chroniques*, deuxième édit., t. II, p. 7.

est, ne saurait être mis en comparaison avec celui de retirer un seul malheureux des portes du trépas. C'est par le traitement des maladies que nous obtenons ce résultat heureux.

Ce traitement se compose de deux parties esssentiellement distinctes : la première est la connaissance des indications à remplir; la seconde est la connaissance des moyens que la nature a mis en nos mains pour remplir ces indications. Nous allons jeter un coup d'œil rapide sur ce sujet, si digne de toute notre attention.

Indications thérapeutiques.

La nature, infiniment variée dans ses productions, a versé sur cette terre le bien et le mal avec une prodigalité, une profusion égales. Les végétaux dont elle a couvert notre globe, sont aussi différents par leurs formes que par leurs qualités : les uns sont des aliments salutaires, les autres sont des poisons meurtriers. Cette diversité, qu'elle a mise dans ses productions végétales, nous la retrouvons dans les animaux, nous la retrouvons même dans l'espèce humaine.

L'espèce humaine est tellement variée, qu'on peut dire qu'il n'est pas deux individus qui soient parfaitement dans les mêmes circonstances. Force, stature, constitution, âge, sexe, idiosyncrasie, habitudes, tout varie dans l'homme. Eh bien! ce sont ces circonstances individuelles, si différentes et si nombreuses, qui doivent imprimer au traitement des maladies les modifications les plus importantes. Il est en effet absurde de penser qu'on puisse traiter l'individu décrépit comme l'enfant au berceau, et l'Hercule de Farnèse comme un sujet faible et débile. Si tous les sujets étaient du même âge, de la même force, de la même constitution, etc., nous n'aurions sous ces divers rapports qu'une seule indication à remplir, et le même moyen devrait convenir à tous; mais il s'en faut qu'il en soit ainsi.

Indépendamment de ces circonstances individuelles, il en est qui dépendent des maladies elles-mêmes, qui donnent encore lieu à des modifications plus importantes de traitement. Ainsi, le siège et la nature de la maladie, ses causes, sa marche et sa durée, doivent faire varier à l'infini la manière de la traiter.

Du diagnostic considéré comme base de tout traitement rationnel.

On éprouve toujours un embarras extrême lorsqu'il s'agit de prouver une proposition trop claire. *Le diagnostic des maladies peut-il être utile à leur traitement?* La réponse à cette question est si naturelle, que les arguments nous manquent pour l'appuyer.

On aura peine à croire un jour qu'une pareille question ait été agitée dans notre âge; et, en effet, pour prouver que la connaissance des maladies est inutile, il faut oser dire qu'il n'existe qu'une seule et même affection, qu'il ne doit en conséquence y avoir qu'un seul et même traitement. Cette étrange proposition a droit de nous surprendre, et nous aimerions autant entendre dire, que les êtres les plus disparates du règne organique, que les êtres séparés par les dissemblances les plus prononcées, sont des êtres identiques, parce que leurs éléments sont les mêmes, que d'entendre affirmer que les maladies qui frappent l'espèce humaine, *ne sont que des nuances légères d'une affection toujours la même.*

L'homme est malheureusement sujet à une multitude de maladies diverses, qui toutes réclament un traitement différent; et la première de toutes les conditions pour combattre convenablement une maladie, c'est de la connaître.

Enfin, toute médecine rationnelle est fondée sur le diagnostic; il ne peut en exister d'autres. Les erreurs de diagnostic sont les plus funestes, ce sont celles qui font les plus nombreuses victimes; et pour nous borner à un petit nombre d'exemples, combien n'y a-t-il pas de danger à prendre une hernie étranglée pour une simple inflammation des intestins ou du péritoine, et réciproquement, c'est-à-dire une inflammation de ces organes pour une hernie étranglée? Dans le premier cas, on laisse mourir le malade faute de l'opération, et dans le second, on tue le malade en ajoutant à l'affection déjà grave qui existe, le mal d'une opération inutile. Nous avons été témoin d'un fait de ce genre.

Un des exemples qui nous ont le plus confirmé dans notre opinion sur l'utilité du diagnostic, est celui qui nous a été fourni par les expériences de Mauduyt sur l'électricité médicale, expériences citées avec les plus grands éloges par Hallé. Il y est dit que l'électricité fut administrée à cinquante-et-un *paralytiques*. Le mode d'électrisation et ses succès divers y sont notés avec beaucoup de soin; quelques paralytiques guérirent, quelques-uns succombèrent, un certain nombre éprouva du soulagement, quelques autres empirèrent, etc. Ne se fût-on pas épargné tous ces soins, et n'eût-on pas évité aux malades les tourments d'un remède inutile, si l'on eût su ce que nos observations nous ont appris depuis : que la paralysie n'est que le symptôme de plusieurs affections différentes, et que le même traitement ne saurait leur convenir; qu'elle dépend d'une hémorrhagie du cerveau, d'un ramollissement, d'un cancer de cet organe, d'une tumeur des parois du crâne, ou d'un fongus de la dure-mère, etc., etc., affections bien différentes, et que l'électricité ne saurait dissiper? Cette variété de maladies n'explique-t-elle pas les succès divers produits par l'électricité? Ne voyez-vous pas se résoudre les épanchements, se terminer par la mort les ramollissements, les affections chroniques rester stationnaires, etc.? Mais l'on pensait alors que toute paralysie était une affection nerveuse, qu'elle consistait seulement dans la diminution de la sensibilité et de la contractilité, et, d'après ces idées erronées, on administrait dans tous les cas l'électricité. C'est d'après ces mêmes idées qu'on a depuis préconisé la noix vomique. N'est-il pas vrai que le meilleur médecin n'est pas celui qui fait administrer sans discernement l'électricité ou la noix vomique, mais bien celui qui, reconnaissant d'abord l'altération organique qui produit la paralysie, sait apprécier les ressources de la nature et l'insuffisance de l'art? Tout la thérapeutique n'est-elle pas dans la connaissance des maladies? Avouons donc que le médecin le plus habile n'est pas celui qui donne le plus de médicaments, mais celui qui les donne avec le plus de sagacité, c'est-à-dire dont le diagnostic est le plus juste.

Des causes des maladies considérées comme indications thérapeutiques.

Après le diagnostic des maladies, la connaissance des causes qui les produisent nous fournit une

multitude d'indications importantes. A la vérité dans bien des circonstances la maladie, une fois produite, peu importe sa cause, il faut alors la traiter sans s'occuper de cette cause. Mais l'expérience fait voir tous les jours des exceptions à cette règle. Tous les jours nous voyons se confirmer cet axiome de physique, qu'en enlevant la cause on fait cesser l'effet. La première chose à faire lorsqu'on veut traiter un malade, n'est-ce pas de le soustraire à la cause qui a produit son affection? Et que feront nos vains remèdes contre une cause sans cesse agissante? Un malheureux est conduit au tombeau par une cause morale; que feront nos médicaments si l'on ne commence pas par faire disparaître cette cause? Qu'auraient fait toutes les drogues de la pharmacie contre l'amour d'Antiochus ou de Perdiccas? Fallait-il, pour les guérir, leur administrer des vomitifs ou des excitants, leur mettre force sangsues sur l'épigastre? Non, sans doute, le vrai remède c'était Stratonice, c'était Phila.

Des individus sont-ils entassés dans des cachots étroits, dans des hôpitaux encombrés, ils sont frappés du typhus; rendez-les à la liberté, faites circuler abondamment l'air atmosphérique dans leur réduit, et vous ferez cesser les accidents.

Vivez-vous sur les bords insalubres des marais Pontins, vous serez en proie à des fièvres intermittentes rebelles; en vain vous ferez prendre des doses énormes de quinquina, la maladie n'en existera pas moins, incessamment reproduite par sa cause. Abandonnez ces lieux empestés, et la fièvre disparaîtra sans remède.

Cet artisan, soumis à des émanations métalliques, est sujet à des coliques atroces; son existence est comprise s'il ne change de profession.

Ce que nous disons ici peut s'appliquer à toutes les causes prédisposantes et à une multitude de causes spécifiques. C'est sans doute des causes occasionelles qu'on a voulu parler lorqu'on a dit qu'elles ne méritaient aucune importance. En effet, elles en méritent beaucoup moins que les précédentes.

De la nature des maladies considérées comme indications thérapeutiques.

Nous avons fait voir précédemment que toutes les maladies n'étaient pas de la même nature; que la plupart des phlegmasies reconnaissaient une spécificité, ou du moins une spécialité. Cette spécialité, cette spécificité une fois admise, il faudra bien reconnaître des traitemens spéciaux ou spécifiques, c'est-à-dire renoncer aux espérances décevantes d'une maladie universelle et d'une panacée. Nous avons démontré, de plus, que toutes les maladies n'étaient pas des irritations, que les fluides pouvaient être altérés de plusieurs manières; que le sang, par exemple, pouvait être augmenté en abondance, plus riche, plus réparateur, plus plastique que dans l'état ordinaire, ce qui constituait l'état pléthorique; que le même fluide pouvait être en défaut; que même il pouvait être altéré dans sa composition, ce qui était reconnu par tout le monde dans le scorbut. Nous avons ajouté que si le sang nous offrait ces diverses modifications, il ne répugnait nullement de les admettre dans les autres fluides qui entrent dans la composition de l'économie animale. Indépendamment de ces exemples, il est certain pour nous que beaucoup d'altérations morbides ne sont pas le résultat de l'irritation. Il est douteux que les névroses générales, telles que l'épilepsie, l'hystérie, la catalepsie, la danse de Saint-Weith, soient des inflammations; il est plus douteux que la syncope et l'asphyxie soient des inflammations. Nous en dirons autant d'une multitude d'altérations pathologiques; l'ossification des organes et principalement des vaisseaux n'est nullement le résultat de l'irritation; elle est l'effet inévitable des progrès de l'âge; et j'aimerais tout autant qu'on m'affirmât que la digestion, la nutrition et l'accroissement sont des résultats de l'irritation, que de me dire que le dépôt de phosphate calcaire dans les organes est le produit de l'irritation. La gangrène sénile n'est pas davantage un phénomène d'irritation, non plus que l'hypertrophie ou l'atrophie des organes, etc.

Nous reviendrons sur ce sujet lorsque nous parlerons plus particulièrement des indications thérapeutiques; il nous suffira pour l'instant d'avoir démontré qu'il existe beaucoup de maladies qui ne sont pas des irritations, pour avoir droit de conclure que le traitement doit varier suivant la diversité de leur nature.

De la marche des maladies et de leur durée, considérées comme indications thérapeutiques.

Il est encore quelques circonstances qui doivent faire varier la conduite du médecin dans le traitement des maladies, je veux parler de leur marche, c'est-à-dire du mode selon lequel se succèdent les phénomènes qui les constituent, et de leur durée, c'est-à-dire de l'espace compris entre leur début et leur terminaison. Dans la marche des affections, leur type continu, rémittent ou intermittent, constitue l'une de leurs différences principales, et nécessite l'emploi de moyens différents; et quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur l'essence des maladies, il n'y aura jamais qu'un seul mode de traitement pour celles qui sont intermittentes; mode bien différent de celui qui convient aux maladies continues et rémittentes.

La marche aiguë ou chronique apporte aussi dans la méthode thérapeutique les modifications les plus dignes d'intérêt; jamais médecin ne s'avisa de traiter de la même manière une maladie aiguë ou une maladie chronique. Pour peu qu'on soit versé dans la pathologie, il n'est pas permis d'ignorer qu'une maladie violente, dont les phénomènes se succèdent avec une effrayante rapidité, et qui menace d'une mort prompte celui qui en est frappé, doit être traitée différement que celle qui marche avec lenteur, et dont les phénomènes peu intenses font pressentir une durée illimitée.

Ce que nous disons ici de la marche aiguë ou chronique des maladies s'applique directement à leur durée.

Le traitement varie encore suivant l'époque de la maladie. Tel traitement, qui eût convenu dans le principe, ne convient plus dans l'*état* de cette maladie, et moins encore vers son déclin. Hippocrate ne voulait pas qu'on saignât un malade passé le septième jour. A la vérité, l'expérience a depuis démontré que les craintes d'Hippocrate étaient mal fondées. Mais il est incontestable que les émissions sanguines, pratiquées dans les premiers jours d'une affection aiguë, sont bien plus efficaces que les jours suivants. On les voit souvent alors faire disparaître les maladies comme par enchantement, tandis que plus tard elles sont souvent inutiles et quelquefois funestes.

Des forces considérées comme indications thérapeutiques.

Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons dit au sujet des forces des divers individus; il en est résulté, je pense, la conviction qu'il existe une faiblesse réelle, absolue, comme une force réelle, une force absolue; qu'il existe une force apparente et une faiblesse apparente; qu'il est des signes propres à faire discerner ces divers états; qu'un certain degré de forces est nécessaire pour obtenir la résolution des maladies; que l'habileté médicale consiste à ne pas confondre ces circonstances et à varier le traitement des maladies suivant qu'elles l'exigent.

Des âges considérés comme indications thérapeutiques.

A cela près de quelques modifications légères, ce que nous avons dit des forces s'applique également aux âges.

Il ne faut pas une connaissance bien profonde de l'organisme pour être frappé des différences que l'âge apporte dans les individus. Les gens du monde les plus superficiels reconnaissent, aux traces que le temps imprime à l'habitude extérieure du corps, la diversité des âges. Le médecin, plus attentif, ne voit à ces traits extérieurs que les signes de changements plus importants survenus dans les viscères, changements qui rendent les organes aptes à contracter des affections particulières, et qui indiquent une méthode de traitement qui leur soit appropriée. Il n'est en effet personne qui consentît à traiter le vieillard décrépit, ou l'enfant au berceau, comme l'adulte dans toute sa vigueur.

Dans l'être faible, chez lequel l'existence commence, le nouveau mode de circulation qui s'établit occasione des congestions cérébrales, des apoplexies fréquentes; l'accumulation des mucosités dans les voies aériennes, si étroites à cet âge, produit des asphyxies mortelles; les nouvelles fonctions du foie expliquent les ictères qui se manifestent dans l'enfance. Le nouveau mode d'alimentation, le peu de consistance du canal intestinal, donnent raison de la fréquence des irritations intestinales; l'action de l'air sur la peau et les conduits aériens détermine les phlegmasies de ces organes, etc.

Le développement du système nerveux chez les enfans les expose aux inflammations des méninges, du cerveau, à l'épilepsie, aux convulsions; l'activité du système cutané, aux diverses maladies éruptives.

Dans la jeunesse, la prédominance du système respiratoire explique la fréquence des hémoptysies, des pleurésies, des péripneumonies, des phthisies, etc.

L'âge adulte, terme de l'accroissement, lorsqu'il ne présente aucune prépondérance, que tous les organes sont dans un juste équilibre, n'est prédisposé à aucune affection; il résiste également à toutes les causes morbifiques, comme il peut être également affecté par toutes. On observe toutefois que les maladies abdominales sont plus particulières à cet âge.

Lorsque, par les progrès des ans, l'organisation commence à se détériorer, une nouvelle série de phénomènes, source de nouvelles affections, se développe à nos yeux. L'altération du système nerveux, plus consistant et moins développé dans la vieillesse que dans les autres âges de la vie, nous explique l'amaurose, la surdité sénile, les tremblements, les incontinences ou les rétentions d'urine, la démence. L'accumulation du phosphate calcaire dans tout le système circulatoire deviendra l'origine d'une multitude d'affections susceptibles d'une explication mathématique. Le sang ne pouvant être poussé dans l'aorte, stagnera dans le ventricule gauche, de celui-ci dans l'oreillette du même côté, de là dans le poumon, où il occasionera d'abord la gêne de la respiration; puis la congestion augmentant par la persistance de la cause, des hémoptysies consécutives; agissant ensuite comme corps étranger, il déterminera des inflammations de cet organe; l'injection des bronches, l'augmentation de leur exhalation, leur phlegmasie, seront la suite nécessaire de cette nouvelle disposition organique. Les cavités droites du cœur ne pouvant se vider dans le poumon, le sang stagnera dans les tissus perméables, et finira par faire naître toutes les phlegmasies thoraciques et abdominales. Pensez-vous que ces inflammations, purement mécaniques, doivent être traitées comme les phlegmasies franches de la jeunesse? Non, sans doute, elles réclament un traitement bien différent.

Sans pousser plus loin l'examen des mutations que l'âge apporte dans la texture de nos organes, il nous est facile de conclure qu'avec de nouvelles dispositions à des maladies différentes, il apporte nécessairement de nouvelles indications thérapeutiques.

Des constitutions considérées comme indications thérapeutiques.

Il est rare qu'un équilibre parfait règne dans tous les systèmes de l'économie animale. Cette merveilleuse harmonie n'a peut-être jamais existé que dans l'imagination des anciens. Presque toujours quelque système semble dominer tous les autres et les tenir sous sa dépendance. Chez l'un, les systèmes circulatoire et respiratoire jouissent d'une grande prépondérance; chez l'autre, le système digestif semble appeler sur lui toutes les forces de l'organisme; celui-ci se distingue par le développement de l'appareil de l'innervation; la prédominance du système locomoteur est l'apanage de celui-là. Il est facile de concevoir que ces dispositions organiques entraînent des maladies différentes, et impriment aux mêmes maladies des modifications qui doivent influer sur la manière de les traiter.

En effet, celui que distingue l'énergie des systèmes circulatoire et respiratoire sera disposé aux inflammations les plus aiguës et les plus violentes, que l'on combattra victorieusement par des saignées abondantes et copieuses.

Ces moyens seront moins nécessaires à l'homme chez qui l'appareil digestif aura un surcroît d'activité; la diète, les délayants, les laxatifs favoriseront chez lui la résolution des maladies.

Un traitement particulier conviendra à l'athlète, et un traitement opposé à celui dont tous les appareils languiront dans une funeste atonie, etc.

Du sexe considéré comme indication thérapeutique.

Les sexes n'offrent pas une diversité moins grande dans les indications qu'ils nous fournissent, et pour ne parler que des femmes, leurs maladies ont paru si fréquentes, qu'elles ont fait éclore des traités spéciaux très-volumineux. Trois époques réclament surtout l'attention du médecin, je veux parler de l'établissement de la menstruation, de sa disparition, de l'état de grossesse, de la parturition et de ses suites. Dans ces diverses circonstances, la femme

réclame des soins particuliers; l'incurie ou l'ignorance peuvent entraîner les suites les plus fâcheuses.

La pléthore, qui s'établit chez les femmes à l'époque de la puberté, occasione des congestions vers la tête, vers la poitrine; de là les vertiges, les éblouissements, les tintements d'oreille, les céphalalgies, les bouffées de chaleur au visage, les suffocations, les hémorrhagies supplémentaires, les phlegmasies de tous les viscères, le pica, la leucorrhée, etc.; la disparition des menstrues produit des résultats analogues, et réclame à peu près les mêmes moyens, toutefois modifiés par l'âge. Dans le cours ordinaire de leur existence, l'aménorrhée ou la disménorrhée fournissent les indications les plus importantes. Malheur à celui qui les méconnaît! L'état de grossesse n'est pas moins fécond en indications thérapeutiques, et les inflammations de l'utérus, du péritoine, les hémorrhagies de la matrice, suite de l'accouchement, exigent aussi des moyens particuliers. Nous nous dispenserons d'énumérer les diverses maladies des femmes, persuadé que nous en avons dit assez pour prouver que, dans la majorité des cas, elles ne doivent pas être traitées comme des individus de l'autre sexe.

Des habitudes et des idiosyncrasies considérées comme indications thérapeutiques.

L'influence que les habitudes exercent sur l'organisme a de tous temps attiré l'attention des médecins. Leur puissance est telle, qu'elle peut entièrement changer le mode de traitement des maladies. On a vu des gens habitués à boire plusieurs bouteilles de vin et d'eau-de-vie par jour, qui, affectés d'inflammations violentes, prenaient encore une forte dose d'eau-de-vie et quelques bouteilles de vin, et guérissaient sous l'influence de cette diète très-sévère pour eux. Lorsque les déplorables événemens de 1814 eurent amené sur le sol de la patrie les hordes du Nord, nous avons vu ces Tartares traités de cette manière et guérir, tandis que nous avons vu succomber ceux qu'on traitait plus rigoureusement.

Les idiosyncrasies, les goûts et les répugnances de chaque individu, ce que les gens du monde appellent leur tempérament, doivent être étudiés avec le plus grand soin. Il peut en découler une foule d'indications utiles pour le malade, et qui, saisies avec sagacité, feront le plus grand honneur au médecin.

Telles sont les principales circonstances qui font varier le traitement des maladies. C'est la connaissance, c'est l'appréciation exacte de ces circonstances, qui constituent le véritable médecin. Celui-là seul est digne de ce nom, celui-là seul peut aspirer à retirer ses malades des bords de la tombe, qui base ses prescriptions sur les données que nous venons d'exposer. Celui dont l'intelligence ne s'élève pas jusqu'à ces considérations, qui, par impéritie ou par spéculation, se borne à prescrire des médicaments sur les chances misérables du hasard, n'est qu'un empirique méprisable. Vainement se fonde-t-il sur les succès qu'une prétendue expérience lui a donnés, il faut que la raison puisse se rendre compte de ces succès; tout doit comparaître devant son tribunal. Dans le siècle où nous sommes, il est temps qu'elle nous éclaire de son flambeau. Et pourquoi la bannirait-on de la médecine, qui doit être la plus philosophique, c'est-à-dire la plus raisonnable des sciences humaines?

Des moyens que nous possédons pour remplir les indications thérapeutiques.

A quoi nous servirait d'avoir péniblement fixé notre attention sur un malade sous les divers rapports dont nous venons de parler, si la nature n'avait mis dans nos mains une multitude de moyens propres à combattre les maladies? Ce ne serait pour nous qu'un travail pénible et fastidieux, et nous serions condamnés à demeurer spectateurs inutiles de la destruction de nos semblables. Heureusement qu'il n'en est point ainsi, et nous possédons une foule de moyens avoués par la raison ou par une saine expérience, capables de rétablir la santé dans un grand nombre de circonstances. La connaissance de ces moyens constitue la *matière médicale* proprement dite.

Aucune science humaine n'a été et n'est encore infectée de plus de préjugés que celle-là; chaque dénomination de classes de médicaments, chaque formule même est, pour ainsi dire, une erreur. Éloignons nos regards de ces objets pénibles, nous n'aurons que trop souvent l'occasion de les reporter sur cette matière.

Bien des gens frappés de l'imperfection de la matière médicale ont osé en nier l'utilité et même l'existence; pour se convaincre de la fausseté de cette assertion, il suffit de penser un moment:

1° Qu'il existe des maladies, par conséquent des causes de maladies;

2° Que ces maladies se terminent bien ou qu'elles se terminent mal; par conséquent qu'il existe des causes qui favorisent l'une ou l'autre terminaison; d'où l'on conclura qu'il faudra soumettre ou soustraire le malade à ces influences pour le guérir, ce qui est déjà une espèce de *matière médicale;*

3° Que s'il existe des substances dont l'action bien connue modifie notre organisme d'une certaine façon, ces modifications peuvent être utiles dans certains cas, ce que l'expérience et la raison prouvent à l'envi.

Passons rapidement en revue les points les plus intéressants et les plus utiles de la matière médicale.

Parmi les moyens que nous possédons, je ne balance pas à placer au premier rang ce qu'on appelle improprement la diète; je veux dire l'abstinence des substances alimentaires; l'action de ce moyen s'explique de la manière la plus satisfaisante. En effet, l'abstinence favorise singulièrement l'absorption interstitielle, et, par cette raison, la résolution des maladies confiées à cette fonction.

Elle favorise l'absorption, parce que le seul mouvement de décomposition s'opère alors, celui de recomposition étant nul. En second lieu, elle empêche de porter dans la masse du sang, et par suite sur l'organe malade, de nouveaux matériaux de nutrition, c'est-à-dire d'irritation et d'engorgement.

Les saignées locales et générales remplissent plus promptement encore le même but. Des expériences directes prouvent que, sous l'influence de ces moyens, l'absorption redouble d'activité. Aussi, ces modificateurs de l'organisme seront-ils très-convenables dans la plupart des phlegmasies, lorsqu'il faudra faire descendre le malade au degré de force nécessaire à la résolution de la maladie. L'action des boissons aqueuses, gommeuses, mucilagineuses, acidules, secondera merveilleusement l'effet de ces premiers moyens. Lorsque le canal alimentaire sera le siège de l'inflammation, en contact immédiat avec la surface malade, ces liquides diminueront directement l'irritation. L'affection occupera-t-elle un organe plus éloigné, ces boissons portées dans le

torrent de la circulation diminueront réellement et rigoureusement la consistance du sang, le rendront moins nutritif, moins irritant; elles le *délaieront* dans toute la force du terme.

L'art de varier ces moyens, de les proportionner à l'intensité de la maladie, aux forces du malade et aux autres indications, est une des parties les plus difficiles et les plus étendues de la médecine.

Si des anti-phlogistiques ou débilitants nous passons à une autre série de moyens thérapeutiques, nous voyons qu'il en est dont l'action incontestable est contraire à celle que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire qu'ils agissent en augmentant les forces, les mouvements, le ton général; les effets de ces substances sont durables ou passagers, ce qui les a fait distinguer en toniques et en excitants. Les premiers contiennent un principe amer et n'ont rien de volatil; les seconds sont des alcoholiques, ou contiennent des huiles essentielles : cette classe est très-nombreuse. On connaît les effets physiologiques de ces substances, ils sont irrécusables, mais ils ne sont pas, comme les précédents, susceptibles d'une explication rigoureuse. Ils deviennent précieux, lorsqu'il faut faire remonter le malade au degré de force nécessaire à la résolution de la maladie.

Bien que le mot d'*astringents* soit essentiellement vicieux, puisqu'il porterait à croire qu'il est des substances capables de resserrer nos tissus, quel que soit l'état des organes, ce qui est faux, il est cependant des substances qui contiennent en général de l'acide gallique et du tannin, et qui, dans certaines circonstances que nous ferons connaître, peuvent *resserrer* nos tissus.

Beaucoup de corps de la nature jouissent incontestablement d'une vertu spéciale.

Il est impossible de révoquer en doute la puissance des émétiques; portés dans l'estomac ou dans la circulation, ils déterminent le vomissement par une action spéciale; ils ne produisent nullement l'irritation de la membrane muqueuse gastrique, ils agissent directement sur le cerveau. Ce qui le prouve c'est que l'animal auquel on a enlevé l'estomac, et dans les veines duquel on a injecté de l'émétique, exécute tous les efforts nécessaires au vomissement.

Il en faut dire autant des purgatifs, dont on peut reconnaître tous les jours le pouvoir. Leur action se porte principalement sur les intestins; quelques-uns en produisent l'inflammation.

Certaines substances favorisent plus particulièrement l'exhalation cutanée, celles-ci la sécrétion urinaire; celles-là la sécrétion pulmonaire. Quelques médicaments agissent sur la circulation de l'utérus; d'autres exercent une influence spéciale sur l'encéphale; ils sont stupéfiants, narcotiques, ou excitent l'innervation.

Il est des moyens vraiment spécifiques, tels que le quinquina, le mercure, la vaccine. Enfin, nous possédons des vésicants, des rubéfians, des révulsifs dont l'action peut devenir de la plus grande utilité. Ce n'est pas le lieu d'entrer dans aucun développement à ce sujet. Mais ce qui précède suffit pour vous faire concevoir cette idée consolante, que nous possédons plus de moyens qu'il n'est nécessaire pour remplir les indications nombreuses que nous avons exposées. Le médecin manque bien plus souvent à la matière médicale que la matière médicale au médecin; c'est-à-dire, que nous avons toujours les ressources pour combattre les indications lorsque nous avons su les saisir, et qu'il arrive bien plus souvent que le médecin apprécie mal ce qu'il faut faire, qu'il ne lui arrive de manquer de moyens pour remplir une indication bien appréciée.

Les principes succinctement exposés dans ces prolégomènes constituent notre croyance médicale. C'est la philosophie du cours de clinique que nous faisons depuis onze années. N'ayant eu d'autre désir que celui de voir triompher la vérité, nous avons vu tous les hommes animés du même esprit, accourir à nos leçons, et nous en avons obtenu la plus douce des récompenses, l'approbation de nos efforts. Dans l'exposition de cette doctrine, nous n'avons jamais eu dessein de blesser personne. En combattant les erreurs, nous avons, autant que possible, épargné les hommes. Nous demandons pour nous la même justice.

Nous n'espérons guère voir adopter nos opinions, quelque convaincu que nous soyons de leur certitude.

Également éloigné des exagérations des doctrines antiques et des réformes modernes, nous nous attendons à être repoussé et par les unes et par les autres. Mais, fort de notre conscience, n'ayant manifesté que ce que nous croyons être la vérité, nous espérons que les jeunes gens, plus équitables que ceux qui ont vieilli dans les préjugés, nous dédommageront par leurs suffrages des injustices de l'esprit de parti. Libres du joug de l'intérêt et de l'ambition, exempts d'idées préconçues, ils ne reconnaissent que la vérité, ils en sont les plus fermes soutiens, et tôt ou tard assurent son triomphe. C'est à leur jugement impartial et sévère que nous osons en appeler : en un mot, c'est pour eux que nous écrivons.

Les propositions que nous venons d'émettre sont le texte que nous nous proposons de développer dans cet ouvrage. Nous nous efforcerons d'y mettre toute l'attention et toute l'impartialité possibles.

DEUXIÈME PARTIE.

DU DIAGNOSTIC.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Indépendamment de la connaissance de l'homme dans l'état sain, trois choses sont indispensables pour porter un diagnostic juste : d'abord la connaissance des changements qui surviennent dans les fonctions et dans les organes, chez l'homme malade; ce qui constitue la *symptomatologie;* en second lieu, la conversion en signes de ces divers changements, c'est-à-dire l'appréciation de chacun de ces phénomènes, la connaissance de ce qu'ils *signifient;* c'est ce qu'on nomme *séméiologie;* en troisième lieu la connaissance des caractères des diverses maladies qui affligent l'espèce humaine, des traits qui les différencient les unes des autres, ce qui est le propre du *diagnostic spécial.* Nous consacrerons trois chapitres à l'exposition de ces différents objets.

—

Le diagnostic est la connaissance des caractères qui servent à différencier les maladies. L'appréciation exacte des altérations des organes, des symptômes, des signes locaux et généraux auxquels ces altérations donnent lieu, constitue principalement le diagnostic. C'est la branche la plus importante de la médecine, et sans contredit la plus difficile; c'est la seule base sur laquelle on puisse asseoir un pronostic juste et une thérapeutique rationnelle; en un mot, tout l'édifice médical repose sur le diagnostic. Eh! à quoi peuvent servir toutes les autres connaissances, si l'on n'a pas celle de la maladie qu'on doit combattre? Chercher à démontrer son utilité paraîtra donc superflu à la plupart des médecins. Nul peut-être ne s'imagine qu'il soit possible de révoquer en doute une proposition aussi vraie, aussi évidente, et bien moins encore de la nier. Il est difficile de penser que le but des constants efforts des médecins de tous les âges soit tout-à-coup, et de nos jours, devenu pour beaucoup une chose douteuse, et pour quelques-uns une erreur; c'est cependant ce dont nous sommes témoins. En effet, je n'aurais pas cherché à prouver une vérité si claire à mes yeux, si deux médecins, dont l'autorité est d'un grand poids, n'avaient avancé la proposition contraire. Tous deux sont parvenus à soutenir que *le diagnostic est inutile pour le traitement des maladies;* et, chose singulière, tous deux sont arrivés à ce résultat par des chemins opposés : l'un par un abus du raisonnement, l'autre par aversion pour ce même raisonnement.

Le premier affirme qu'il n'existe qu'une seule et même affection; « que les nuances d'altérations des viscères ne peuvent être considérées que comme des traces un peu différentes d'une affection toujours la même, et non pas comme des maladies de diverses natures. A quoi bon, s'écrie-t-il, la prétention de les distinguer avant de les combattre? » Cette proposition, que nous avons déjà citée, est si étrange, que j'ai cru devoir la transcrire littéralement de l'auteur qui l'a émise. Cette précaution est loin d'être inutile; l'occasion s'étant déjà présentée plusieurs fois de réfuter ce médecin, on nous a accusé de lui avoir prêté des erreurs qui ne lui appartenaient pas. Certain de n'avoir combattu que des propositions écrites, ce n'était cependant pour nous qu'une preuve de plus de l'évidence de ces erreurs; d'où résultait la satisfaction bien douce de les avoir victorieusement réfutées. Toutefois, quoiqu'on ait pu entendre de sa propre bouche la sentence que nous venons de transcrire, elle peut paraître si extraordinaire à quelques-uns, et sans doute elle paraîtra tellement incroyable à la génération suivante, que nous avons cru devoir prévenir qu'elle était textuellement extraite de ses écrits.

Le second médecin que nous avons désigné, vraisemblablement effrayé des résultats où pouvait mener l'abus du raisonnement, a été conduit à soutenir que « l'empirisme seul, l'empirisme pur, devait diriger dans l'étude et dans la pratique de la médecine »; et comme tout diagnostic d'affection interne ne peut être que le résultat d'un travail intellectuel, il l'a d'abord considéré comme sujet à erreurs, comme douteux, et comme inconnu dans une multitude de circonstances; en second lieu, ayant vu guérir une foule de maladies sous l'influence du traitement le moins rationnel, il en a conclu que le diagnostic et le raisonnement ne pouvaient servir à rien, puisque l'expérience démentait presque constamment les données qu'ils pouvaient fournir.

S'il nous était permis de comparer les petites choses aux grandes, les temps modernes aux temps antiques, nous vous dirions que dans les siècles reculés deux sectes semblaient se partager le sceptre de la médecine : l'une, appelée *dogmatique,* appliquait, d'une manière presque exclusive, le raisonnement à l'art de guérir; c'était à peu près la médecine physiologique de ce temps-là; l'autre, qu'on nommait *empirique,* ne reconnaissait pour unique règle que l'expérience, et ne pouvait souffrir l'application d'aucun raisonnement. Mais, chose remarquable, et qui rend ce parallèle encore plus frappant! peu auparavant avaient fleuri Asclépiades et Thémison, chefs des *méthodistes*, qui prétendaient que toutes les maladies devaient être renfermées dans deux classes, le *strictum* et le *laxum;* c'était justement la force et la faiblesse, la *sthénie* et l'*asthénie* de Brown. Serait-ce donc en vain que les siècles se sont écoulés pour l'avancement de l'art, puisque après un laps de temps immense les mêmes erreurs renaissent avec la même force?

Mais alors un homme parut. Il vit que le raisonnement sans l'expérience ne pouvait qu'égarer; il

vit que l'expérience seule n'était pas moins trompeuse; il vit qu'on pouvait prendre dans le méthodisme et dans l'empirisme des vérités utiles. Il s'empara donc de ce qu'il crut être bon dans l'un et dans l'autre, et de là naquit l'*éclectisme*, secte bien supérieure à toutes les autres, puisqu'elle consistait à adopter ce qu'elles présentaient de bon, et à rejeter ce qu'elles avaient de mauvais. Cet homme s'appelait Arétée, et la postérité reconnaissante n'a pas craint de l'égaler au père de la médecine. Interprète fidèle de la nature, il ne dédaigna pas le secours de la raison, et ses tableaux sont encore aujourd'hui cités comme des modèles.

§ I. Nous voici donc réduit à la singulière nécessité de prouver que l'espèce humaine n'est pas sujette à une seule et même maladie. Les personnes étrangères à la médecine seraient bien surprises, et ne pourraient guère s'empêcher de sourire, si quelque médecin leur avançait que les maladies les plus dissemblables ne sont que des nuances légères d'une affection toujours la même. Mais, dans le temps où nous vivons, nous avons entendu soutenir sérieusement et nous avons vu adopter avec avidité des paradoxes si extraordinaires, qu'on nous pardonnera de nous attacher à réfuter celui-ci.

On entend par une chose toujours la même, celle qui est produite par les mêmes causes, qui offre les mêmes caractères, la même succession des phénomènes, qui a la même origine, le même siège, la même fin. Une chose est différente d'une autre, lorsque quelques-unes des circonstances dont nous venons de parler varient. Une chose enfin est opposée à une autre, lorsqu'elle est produite par des causes opposées, qu'elle présente des caractères, une marche, une origine, un siège, une terminaison opposés. Si nous parvenons donc à prouver que parmi les maladies il en est qui naissent sous l'influence de causes différentes ou opposées, qu'il en est qui présentent des caractères différents ou opposés, etc., nous aurons démontré qu'il existe des maladies diverses, et qu'il est important de les distinguer les unes des autres. Et d'abord, la multitude des causes qui agissent sur le corps humain est tellement nombreuse, que leur classification a occupé les médecins de tous les âges et qu'on en a fait, sous le nom d'*étiologie*, une branche particulière de l'art de guérir.

Nous ne parlerons pas ici des prédispositions ni des causes prédisposantes, quoiqu'il n'y ait personne qui pût penser qu'une maladie fût la même chez une personne octogénaire, cacochyme, affaiblie par des maladies antécédentes, par un mauvais régime, par des hémorrhagies habituelles, par le traitement antiphlogistique, etc.; et un individu constitué comme un athlète, dans la force de l'âge, pléthorique, bien nourri, riche de vigueur et de santé.

Nous ne parlerons pas non plus des causes occasionnelles, qui cependant impriment quelquefois aux maladies qu'elles font naître des caractères particuliers.

Mais nous nous arrêterons sur les causes spécifiques. Leur existence a tellement embarrassé les partisans d'une maladie unique, qu'ils ont pris le parti tout simple de les nier. On a osé nier que la variole, la vaccine, la peste, la rage, la syphilis, la gale, eussent rien de spécifique. Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, si la variole n'est qu'une gastro-entérite accompagnée d'une éruption, qui n'est qu'un épiphénomène, pourquoi la vaccine prévient-elle cette gastro-entérite, et ne prévient-elle pas toutes les autres? pourquoi les personnes qui ont eu la petite-vérole ont-elles d'autres gastro-entérites, et n'ont-elles plus la petite vérole? enfin pourquoi les personnes qui ont des gastro-entérites n'ont-elles pas toutes la variole? Il est donc évident qu'il existe ici une cause spécifique qui mérite toute notre attention, et qui fait de cette phlegmasie une maladie particulière.

La peste aussi, dit-on, n'est qu'une variété de la gastro-entérite; mais d'où vient que parmi nos malades il y en a tant qui sont affectés de gastro-entérites, et que pas un n'a la peste? Je ne vois chez eux ni pétéchies ni bubons. Il y a donc encore ici une cause spéciale qui imprime à la maladie un caractère particulier. J'en dirai autant du typhus et de la fièvre jaune : ce sont encore des irritations intestinales. Soit; mais pourquoi nos malades n'ont-ils ni typhus ni fièvre jaune? Enfin, pourquoi la gastro-entérite est-elle tantôt le typhus, tantôt la fièvre jaune, tantôt la peste, tantôt la variole, etc., s'il n'existe pas une cause de cette différence? Qu'elle soit contagieuse ou simplement infectante, qu'importe? elle n'en mérite pas moins toute notre attention.

On a prétendu que la rage était une irritation du pharynx; M. Trolliet a avancé que c'était une irritation des bronches; mais d'où vient que la rage ne survient jamais que par la morsure d'un animal enragé? et d'où vient que nous voyons tous les jours des irritations du pharynx et des bronches, et qu'il n'y a pas une enragée parmi vos vieilles femmes?

Le cancer est, dit-on, une irritation simple; mais pourquoi pouvons-nous à volonté déterminer un érysipèle, un phlegmon, et pourquoi ne pouvons-nous pas faire naître un cancer?

Nous ne pousserons pas plus loin cet examen des causes, nous nous proposons de lui donner un développement ultérieur. Nous nous bornerons à dire que les personnes qui rejetaient les causes spécifiques, forcées enfin de les admettre par l'accumulation de tant de preuves, ont pris le parti de les considérer comme des circonstances accessoires de fort peu d'importance, et qui ne méritaient aucune considération. Nous pensons en avoir dit assez pour faire sentir que cette opinion est mal fondée.

Si, de cet examen des causes, nous passons à celui des autres phénomènes des maladies, nous trouverons les mêmes différences, les mêmes oppositions. En considérant surtout la nature des changements qui surviennent dans les organes (phénomènes sans contredit les plus importants dans les maladies), que de variétés n'y rencontre-t-on pas?

En effet, un organe peut être augmenté ou diminué de volume; son tissu peut être durci ou ramolli; il est œdémateux, emphysémateux, congesté ou enflammé; squirrheux, fibreux, cartilagineux, osseux; envahi par des tubercules, des kystes accidentels, par des vers, etc.; et toutes ces altérations ne constitueraient que des nuances légères d'une même affection! et il faudrait traiter un poumon œdémateux comme un poumon hépatisé, et celui-ci comme un poumon tuberculeux! Nous ne saurions partager une semblable opinion.

Quant à la marche de la maladie, l'une est aiguë, l'autre chronique; celle-ci franche, celle-là latente; et ces différences sont loin d'être sans intérêt pour le traitement.

Le siège des maladies mérite encore plus d'attention que tout ce qui précède.

Nous avons dit qu'il ne pouvait y avoir dans l'homme que de l'anatomie saine et de l'anatomie malade.

Par *anatomie saine* nous entendrons la connaissance précise des instruments, des systèmes et des appareils qui nous constituent dans leur état normal; ce mot comprend encore, selon nous, la physiologie, qui

n'est point une science particulière, mais bien la connaissance des mouvements, du jeu des organes et des appareils.

Par *anatomie malade* nous entendrons la connaissance des dérangements survenus dans les organes, systèmes ou appareils, par l'effet d'une affection quelconque. Nous y comprenons aussi la symptomatologie et la séméiotique, qui ne sont que la connaissance du jeu et des mouvements des organes et des appareils dans l'état morbide : c'est proprement la physiologie pathologique, qui ne peut pas plus être séparée de l'anatomie morbide, que la physiologie saine ne peut l'être de l'anatomie saine.

Or, l'anatomie nous apprend qu'une multitude d'éléments divers entrent dans la composition du corps humain. Les systèmes cellulaire, vasculeux, nerveux, osseux, fibreux, musculaire, érectile, muqueux, séreux, épidermique, parenchymateux, réunis à divers fluides, servent à former nos différents organes et nos différents appareils. Or, il est un principe général, axiome s'il en fut jamais, puisqu'il ne souffre pas d'exceptions, c'est que dans la nature tout corps composé se décompose. Sil en est ainsi, chacun de nos organes, composé d'éléments divers, est susceptible d'altération, de décomposition.

Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons dit des fluides qui entrent dans la composition de nos organes; nous avons vu qu'ils pouvaient pécher par excès, par défaut, et être altérés dans leurs principes. Les preuves tirées du sang fournissent une puissante analogie pour les autres fluides de l'économie.

Ainsi, sous le rapport des parties, soit solides, soit fluides, qu'elles occupent, les maladies ne diffèrent pas moins que sous le rapport des causes, sous celui de la nature de la désorganisation, et sous celui de la succession de leurs phénomènes.

Par conséquent, il ne peut pas n'exister qu'une seule et même maladie.

S'il n'existait qu'une cause de maladie, si nous n'avions qu'un organe, et si cet organe n'était formé que d'un seul élément, nous pourrions n'avoir qu'une seule maladie; mais nos organes étant composés d'une multitude d'éléments divers, l'économie humaine étant la réunion d'une multitude d'organes, d'appareils et de systèmes, les causes qui agissent sur elle étant multipliées à l'infini, il est impossible qu'il n'existe qu'une seule et même affection.

Enfin, je veux supposer un moment, ce que je suis loin de croire, que le principe de toute maladie est identique, il s'ensuivra rigoureusement qu'il serait alors comme n'existant pas, et qu'il faudrait encore diriger toute son attention sur les différences importantes que nous venons de signaler.

Nous pensons avoir suffisamment démontré dans ce paragraphe que les maladies diffèrent les unes des autres, et dès lors personne ne contestera plus la nécessité de les distinguer avant d'entreprendre de les combattre.

§ II. Je passe maintenant à la seconde question. L'empirisme seul doit-il diriger dans le traitement des maladies ?

La seconde objection qu'on fait contre l'utilité du diagnostic est celle-ci :

« L'expérience prouve que les traitements les moins faciles à justifier par la connaissance des maladies, sont tous les jours couronnés de succès ; qu'une maladie peut guérir par les traitements les moins rationnels; que l'émétique à haute dose guérit une pneumonie aussi bien que la saignée ; elle prouve que les remèdes les plus héroïques, tels que le quinquina, la vaccine, le mercure, etc., sont dus au hasard, à l'empirisme, et nullement à la connaissance de la nature des fièvres intermittentes, de la variole ou de la syphilis ; peu importe donc la connaissance de ces maladies. L'empirisme seul doit donc diriger le traitement des maladies.

Il faut donc l'avouer, comme la précédente, cette objection est pressante et spécieuse, elle est loin d'être facile à vaincre, comme on le pourrait croire au premier abord.

Des péripneumonies, des inflammations du cerveau, des gastrites, sont tous les jours combattues avec le plus grand succès, dit-on, par des doses énormes d'émétique, d'autres substances non moins violentes sont administrées avec le même avantage : qu'importe donc de connaître la nature des altérations locales? Qu'importe que ces altérations soient inflammatoires ou autres, puisque le succès est toujours le même, est toujours certain? Tels sont les arguments dont s'appuient les partisans de l'empirisme ; je les transmets dans toute leur force, comme je viens de le faire pour l'opinion précédente, afin qu'il ne puisse rester aucun doute dans les esprits si nous réussissons à les réfuter.

Mais, pour administrer ces médicaments énergiques, encore faut-il quelques indications; d'où seront-elles tirées si ce n'est du diagnostic?—Non, répondent les empiriques purs, puisque la nature de l'altération est inutile à connaître, les symptômes seuls sont suffisants pour indiquer le traitement à suivre.

Nous voici donc arrivés à faire voir que la médecine des symptômes est la plus absurde et la plus dangereuse de toutes.

Le temps n'est pas bien loin de nous, où les médecins, privés des lumières de l'anatomie pathologique, ne reconnaissaient comme maladies que des collections de symptômes, contre lesquels on dirigeait un arsenal de moyens thérapeutiques. Cette méthode s'est perpétuée jusqu'à nos jours, et trouve encore, comme beaucoup d'autres vieilles doctrines, de fidèles conservateurs.

Voulez-vous d'abord un exemple frappant et tout nouveau du vice de la médecine des symptômes? Nous le trouvons dans la paralysie. Il y a peu de temps qu'on ignorait, et beaucoup semblent l'ignorer encore, que la paralysie n'est qu'un signe d'une altération de l'encéphale ou de ses dépendances. L'anatomie pathologique a mis pour nous cette vérité au-dessus de toute espèce de contestation. Eh bien ! que faisait-on ? On frictionnait, on rubéfiait le membre paralysé pour rappeler le sentiment. Jusqu'ici, si l'on n'était pas utile, au moins ne faisait-on pas grand mal. Mais on s'est avisé de donner de la noix vomique à un animal : on a vu qu'alors des convulsions agitaient les parties postérieures de cet animal; on en a judicieusement conclu que ce remède agirait merveilleusement dans les paraplexies prétendues nerveuses. Bientôt on l'a donné dans les cas d'émiplexie. On a vu qu'il occasionnait des convulsions dans les membres paralysés, et l'on a aussitôt conclu qu'il rendrait les mouvements à ces membres. Si ces médecins eussent su que la paralysie n'était que le symptôme d'une affection locale, aiguë ou chronique du cerveau, ils auraient vu que le moyen proposé pour agiter les membres paralysés devait nécessairement porter son action sur la portion malade de l'encéphale, et qu'en faisant agir cette portion malade, ils empêchaient plutôt sa guérison qu'ils ne la favorisaient. Ils auraient vu que faire exécuter des mouvements aux membres dans ce cas, c'est précisément frotter tous les

jours l'une contre l'autre les deux extrémités d'un os fracturé, dans l'espoir de consolider la fracture; ils auraient vu encore que, la paralysie dépendant de huit ou dix maladies différentes, il était absurde de la combattre par le même moyen. Mais, disent-ils, ce remède réussit. Oui, c'est-à-dire qu'il n'empêche pas toujours de guérir. Je me propose de revenir ailleurs sur ce sujet important.

Voulez-vous un autre exemple des dangers de la médecine des symptômes? Je le trouve dans l'acide prussique, dont on a proclamé l'efficacité dans la phthisie pulmonaire. On croirait peut-être que ces auteurs ont pensé que la phthsie pulmonaire était une maladie unique, ou qu'ils ont déterminé dans quelle espèce de phthisie ce remède réussissait? Point du tout; la phthisie fût-elle *tuberculeuse*, *granuleuse*, *ulcéreuse*, *cancéreuse*, *crétacée*, *mélanosée*, c'est égal, l'acide prussique est toujours excellent; et la tourbe servile des imitateurs de prôner l'acide prussique!

Les maladies du foie, si nombreuses et encore si obscures, malgré les travaux de quelques modernes, nous offrent encore un exemple remarquable du ridicule, et, qui plus est, du danger de la médecine des symptômes. Un malade porte une tumeur dans la région du foie, il est ictérique; cela suffit, et sans savoir si ce sont des hydatides, des calculs biliaires, un cancer de cet organe, un d'un organe voisin, des tubercules, etc., on administre sans discernement le mercure doux, la rhubarbe, le savon, la ciguë, l'éther sulfurique, la térébenthine, l'onguent mercuriel sur l'hypocondre. Et, je vous le demande, ne vaudrait-il pas mieux laisser le malade tranquille, que de le tourmenter ainsi par des moyens administrés sur d'aussi pitoyables indications?

Que de maux sans nombre les chercheurs de remèdes n'eussent-ils pas épargnés à la pauvre espèce humaine, si, au lieu de torturer leurs malades par des médicaments dirigés par la plus absurde de toutes les espérances, celle qui est fondée sur les chances d'un vain hasard, ils eussent commencé par étudier avec persévérance les signes propres à distinguer les maladies les unes des autres! Que penser de ce nitrate d'argent imprudemment administré dans toutes les épilepsies, quand on ignore encore ce que c'est que l'épilepsie, à quelle altération d'organe les symptômes qui l'accompagnent sont dus, et qu'on ne sait pas même de quelle cause elle dépend? Ess-elle due à une affection vive de l'ame, vous donnez le nitrate d'argent; à la syphilis, le nitrate d'argent; à l'onanisme, le nitrate d'argent. Est-elle congéniale, dépend-elle d'une lésion manifeste du cerveau, d'une ulcération, d'un kyste, d'une ossification, d'un abcès de cet organe, etc., le nitrate d'argent. Et qu'espérez-vous obtenir, dites-moi, avec un pareil remède donné sans raison comme sans probabilité. Quelle connaissance physiologique ou pathologique vous a-t-elle conduit à employer dans tous ces cas un si dangereux médicament? Avez-vous vu des malheureux succomber pendant l'administration de ce poison? Avez-vous observé comme nous les inflammations horribles que cet escharrotique produit sur l'œsophage, l'estomac et les premiers intestins grêles? Est-ce en occasionnant de pareils désordres que vous espérez obtenir la guérison d'un mal que vous ne connaissez pas? Ce que le malade gagne à votre traitement, est à coup sûr une inflammation qui détruit sa santé, et le conduit plus ou moins lentement au tombeau; voilà tout l'avantage qu'il obtient de vos barbares secours. Mais, répondez-vous, des épileptiques ont retiré de bons effets de l'usage de ce moyen; plusieurs ont vu leurs accès reculer, et même disparaître complètement. Durant plusieurs années que nous avons été à portée de suivre plus de cinq cents épileptiques soumis à divers traitements, nous avons vu en effet les accès devenir moins fréquents, cesser même complètement pendant un, deux, trois, quatre ans, et même plus; mais nous nous sommes bien gardés de conclure que ces succès étaient dus aux moyens mis en usage, puisque nous avions observé les mêmes retards, les mêmes guérisons apparentes, chez les malades pour lesquels on n'employait aucune espèce de traitement.

Commencez donc, vous qui prétendez à quelques résultats heureux, commencez par étudier attentivement les organes énigmatiques de la sensibilité; étudiez leurs nombreuses ramifications; sachez d'abord quel est leur état naturel; efforcez-vous de pénétrer leur mode d'agir, et lorsque vous connaîtrez tous ces organes d'une manière précise dans leur état sain, cherchez leurs diverses altérations, qu'alors il vous sera peut-être possible d'apprécier; et quand vous en serez arrivés à ce point désirable, rendus vraisemblablement plus timides, ou pour mieux dire plus prudents, vous pourrez prétendre à un traitement raisonnable. Jusque-là résolvez-vous à ressembler à cet aveugle auquel on nous a si souvent comparés.

Si nous voulions faire mention de tous les inconvénients de la médecine des symptômes, il nous faudrait passer en revue toutes les substances de la matière médicale, tour à-tour prônées par des imposteurs ou par des dupes, pour tous les cas pathologiques. Pour nous, nous pensons que la véritable médecine ne consiste pas dans l'étalage de vains remèdes, qu'elle est toute dans l'*à-propos*, dans l'*opportunité;* qu'on ne peut traiter un malade qu'autant qu'on connaît parfaitement sa maladie; qu'il est déplorable d'employer des moyens actifs sans la moindre probabilité. Si ce sont là des vérités triviales, il est bon de les redire; jamais elles ne furent plus méconnues qu'aujourd'hui; aujourd'hui où on reçoit avec empressement des traités de thérapeutique où on semble dire à l'apothicaire, à la garde-malade, à l'herboriste, et aux médecins qui leur ressemblent, telle substance est anti-spasmodique, antiseptique, anti-rhumatisante, etc., comme si tous les succès des médicaments ne dépendaient pas du moment et de mille circonstances que peut seul apprécier le médecin qui s'est appliqué toute sa vie à la distinction des maladies! Ouvrez les codex et les formulaires les plus modernes, et vous y verrez réunis sous les noms les plus bizarres les formules les plus ridicules. Il fut un temps où il suffisait de reconnaître que le pouls était *myure*, *dicrote*, *caprizant*, *intercident*, *défaillant*, *serein*, *ardent*, etc., pour affirmer, comme de raison, que les humeurs étaient *dégénérées*, *viciées*, *plastiques*, *ténues*, *froides*, *chaudes*, *peccantes*, etc., qu'en conséquence il était nécessaire de recourir, selon les cas, aux *incisifs*, aux *atténuants*, aux *incrassants*, aux *fondants*, aux *désobstruants*, aux *minoratifs*, etc. Il me semble entendre dire que ce temps est bien loin de nous, et qu'il est inutile de réfuter sérieusement de semblables niaiseries. Non, ce temps n'est pas loin de nous; j'ouvre au hasard un traité de thérapeutique, et je vois un article *absorbants*. Là, on nous apprend que les médicaments absorbants sont en grand nombre; que la craie, les écailles d'huîtres, la nacre de perle, les coquilles d'œuf, celles des testacées, les os de poissons, les yeux d'écrevisses, les terres

argileuses, le carbonate de magnésie et la magnésie pure, l'eau de chaux, les carbonates alcalins, les savons, etc., sont des absorbants. N'eût-il pas été plus philosophique de faire voir que ces substances ne combattent qu'un symptôme, qu'un effet, et que c'est contre les maladies qui occasionnent les aigreurs, les acidités, que l'on doit diriger ces moyens?

Un formulaire qui a paru récemment nous apprend à faire des potions incisives, des loochs verts, des élixirs de longue vie, des hydradogues, des emménagogues, des résolutifs, des détersifs, des antiseptiques, des anti-hystériques, des digestifs, etc.; un autre nous offre des apozèmes anti-scorbutiques, laxatifs, sudorifiques; un baume acoustique, antiarthritique, astringent; un baume de vie, de vie externe, nerval, odontalgique, ophthalmique; de la bière céphalique; des boissons anti-laiteuse, antinarcotique, anti-spasmodique, carminative; contre le rachitis, contre les catarrhes aigus, contre les coups à la tête, contre les fièvres adynamiques et ataxiques; contre les diarrhées atoniques, contre les scrofules, contre les maladies de la peau, etc., etc. Je m'arrête : je n'ai encore parcouru que deux pages de la table d'un formulaire magistral publié en 1823, et qui depuis a eu plusieurs éditions! Est-il possible de n'être pas rebuté par ces dégoûtantes absurdités? Nous pensons que ces sottises surannées doivent être renvoyées au 15e siècle; nous pensons qu'on ne doit pas dire que les eaux distillées de mélisse, d'hysope, de lavande, de sauge, de menthe, de tanaisie, de fenouil, de cannelle, etc., sont stimulantes et plus particulièrement anti-spasmodiques, parce qu'il est beaucoup de cas où la saignée, les sangsues, les bains, le petit-lait, sont aussi anti-spasmodiques, et qu'alors les premiers sont justement le contraire; que par la même raison, si l'on entend par remède astringent celui qui suspend les flux excessifs, tels que le dévoiement, les hémorrhagies, etc., on doit, dans certains cas de surexcitation, donner ce nom à la saignée, aux sangsues, à l'eau de gomme, à la diète, et non à la tormentille, à la bistorte, à l'écorce de grenade, aux roses rouges et aux acides, qui ne manqueraient pas d'aggraver les accidents et de produire l'effet contraire.

Voilà cependant où conduit la médecine privée du secours du diagnostic; voilà où conduit la médecine du symptôme; et voilà pourtant la médecine que font la plupart de nos médecins les plus renommés! Espérons que le temps n'est pas éloigné où, prenant pour base de tout traitement la connaissance exacte de la maladie, le diagnostic seul fournira les indications et dirigera le médecin dans le choix des substances à employer. Espérons que ces substances seront dépouillées de propriétés qu'elles ne sauraient posséder d'une manière exclusive, et qu'on reconnaîtra que toute leur puissance réside dans le discernement de celui qui les administre. Une réforme est impérieusement commandée dans la matière médicale; elle ne peut être opérée qu'en perfectionnant le diagnostic des maladies, seule source d'indications précises et positives.

Dans l'exercice de l'art, un diagnostic juste conduit donc nécessairement à une thérapeutique rationnelle.

Mais pour porter un diagnostic certain, il faut connaître, avons-nous dit, les organes et les fonctions dans leur état naturel; car, sans cette connaissance, comment pouvoir apprécier les changements qu'y détermine la maladie? L'anatomie et la physiologie sont donc des connaissances préliminaires indispensables. Il faut aussi connaître les caractères distinctifs de toutes les maladies auxquelles l'homme est exposé. Alors, seulement alors, on peut espérer de reconnaître une maladie avec certitude. Mais on aurait tort de croire que ces conditions indispensables sont suffisantes; il faut de la part de l'observateur une attention soutenue, des sens subtils et une grande habitude de voir. On a souvent parlé du *coup-d'œil médical* : on a prétendu que, sans signes dont ils pussent rendre raison, certains médecins reconnaissaient presque à coup sûr des maladies très-obscures, d'un diagnostic très-difficile. On s'est beaucoup élevé dans ces derniers temps, et non sans raison, contre ce prétendu coup-d'œil médical, privilège singulier dont quelques personnes auraient été gratifiées. Il est bien vrai que cette espèce de faculté divinatoire est une chimère, une prétention absurde et ridicule : car tout ce qui est sensation doit pouvoir se transmettre, bien que nous soyons plus riches en sensations qu'en expressions. Mais ce qu'on ne saurait révoquer en doute, c'est qu'il n'y ait une différence très-grande de sagacité et de génie entre deux médecins également instruits : or il est indubitable que celui chez lequel ces qualités seront plus éminentes ne soit infiniment plus apte que l'autre à porter des diagnostics justes. Si tous les cas étaient prévus, si tout était écrit, nul doute que les médecins d'une instruction égale ne fussent (quoique d'un génie différent) d'une égale habileté; mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi. Tous les jours la nature nous offre des cas qui n'ont pas été observés, où elle nous présente, sous des formes infiniment variées, les cas ordinaires; il est une multitude innombrable de nuances qui les diversifient; celui qui ne saura que ce qui aura été écrit se trouvera à chaque pas arrêté; il les appréciera mal, commettra de fréquentes erreurs. Il n'en sera pas de même de l'autre. Une maladie est bien souvent une espèce d'énigme; les données n'en sont pas claires pour tout le monde; le plus exercé, celui qui a le plus de sagacité, en découvre le plus facilement les rapports cachés, et applique le mot avec plus de rapidité et de certitude.

Je crois qu'il y a une différence très-grande entre tel ou tel médecin pour l'habileté à reconnaître une maladie; j'ai souvent eu l'occasion de le remarquer parmi mes élèves. En faisant interroger un malade par plusieurs d'entre eux également instruits, il était rare qu'ils arrivassent tous en même temps à la connaissance de la maladie. On peut avoir toutes les notions nécessaires, et n'en pas faire l'application avec justesse et sagacité : l'habitude peut y suppléer jusqu'à un certain point; mais il est un tact, une finesse, un discernement, que ne donnent ni l'étude ni l'exercice. Un médecin sait bien que tel dérangement de fonction annonce telle maladie, et cependant il l'oubliera souvent dans l'application. Quelquefois les dérangements des fonctions lui échapperont; préoccupé d'une idée, il ne verra que ce qui aura rapport à cette idée. D'autres au contraire apercevront toujours la vérité. Avec une instruction égale, on n'est pas également bon médecin. Les gens du monde s'imaginent à tort qu'on devient bon médecin avec des dictionnaires et des formulaires : ce serait fort commode; c'est comme si l'on s'imaginait être peintre avec une toile, des couleurs, des pinceaux et un traité sur la peinture. Il y a de plus l'art et le génie. Le premier peut s'acquérir, le second est un don de la nature. Il y a en médecine un génie indépendant des règles; mais celles-ci peuvent y suppléer jusqu'à un certain point.

CHAPITRE PREMIER.

SYMPTOMATOLOGIE (1).

§ I. On appelle *symptôme* tout changement morbide qui survient dans l'organisme.

Ces changements se manifestent dans les organes eux-mêmes et dans les fonctions qu'ils exécutent. De l'altération de la fonction on doit conclure à l'altération de l'organe auquel cette fonction est confiée. Lorsque, par ce moyen, on a reconnu quel était l'organe lésé, et quelle était cette lésion, le symptôme est converti en signe. Ce phénomène nous ayant servi à reconnaître la maladie, il a acquis une *signification*. Les sens suffisent seuls pour nous faire apercevoir les symptômes; aussi les symptômes sont-ils reconnaissables pour les personnes étrangères à l'art. Tout le monde reconnaîtra une douleur de côté, par exemple; le médecin seul saura ce que cette douleur signifie. Le symptôme existe pour tout le monde, le signe pour le seul médecin. Il est cependant indispensable de connaître les organes dans l'état sain, ainsi que leurs fonctions, c'est-à-dire l'anatomie et la physiologie, pour apprécier avec justesse le changement que les maladies déterminent.

Les changements que les sens nous font reconnaître dans l'état de maladie, sont, pour les organes, leur augmentation et leur diminution de volume (*hypertrophie*, *atrophie*), de consistance, de température; les altérations de forme, de position, de couleur, d'odeur, de son.

L'abolition complète d'un organe est rarement l'effet de la maladie.

Pour la fonction elle-même, ces changements peuvent se réduire à son *augmentation*, à sa *diminution*, sa *perversion* et son *abolition* complète.

Les résultats des fonctions, c'est-à-dire les matières sécrétées et excrétées, méritent aussi l'attention du médecin.

On doit avoir égard aussi à leur *augmentation*, à leur *diminution*, *perversion* et *abolition*. Dans leur perversion, nous classerons les changements survenus dans leur nature, leur couleur, leur température, leur odeur, leur saveur, leur consistance, et les diverses matières hétérogènes qu'elles peuvent contenir, venues du dehors ou formées au dedans: telles que des corps étrangers de toute espèce, du sang, du pus, des vers, des kystes, des calculs, etc.

Toute la symptomatologie est renfermée dans ce court exposé; il ne s'agit plus que d'en faire l'application à tous les organes et à toutes les fonctions dans l'ordre physiologique.

PREMIÈRE SECTION.

DES CHANGEMENTS QUE L'ÉTAT DE MALADIE OCCASIONNE DANS LES FONCTIONS ORGANIQUES.

§ II. *Changements qui surviennent dans la digestion.*

Les personnes les plus étrangères à l'art de guérir connaissent aussi bien que les médecins ce qui constitue l'état de santé. Pour ce qui concerne la digestion, elles savent quel est le degré d'appétit et de soif qu'on doit éprouver; elles n'ignorent pas avec quelle facilité la digestion stomacale et la défécation doivent s'opérer; les qualités des matières excrétées leur sont parfaitement connues, ainsi que l'état des organes qui concourent à exécuter cette fonction. Il est donc inutile d'entrer dans aucun détail à ce sujet. Les dérangements que la maladie produit dans cet acte et dans les organes qui en sont chargés, sont par conséquent facilement appréciés par elles.

L'augmentation de l'appétit est rare dans les maladies; ce symptôme peut cependant se présenter avec quelques circonstances particulières. La faim est quelquefois si pressante, qu'elle occasionne des défaillances si elle n'est promptement satisfaite; on lui a donné le nom de *boulimie*. La *faim canine* est celle où, après avoir mangé avec voracité, le malade rejette les matières alimentaires par le vomissement. Lorsque l'ingestion des aliments et la défécation sont presque simultanées, c'est la *faim de loup*.

L'appétit diminue dans la plupart des maladies. Nous verrons ailleurs dans quel but la nature semble produire cette diminution de la faim. Dans quelques circonstances, l'appétit est complètement perdu; c'est l'*inappétence*, l'*anorexie*; dans d'autres, elle varie d'un jour à l'autre, du matin au soir. Enfin, l'appétit est dépravé; il existe une répugnance invincible pour toute espèce d'aliments, ou un désir prononcé pour certaines substances alimentaires en particulier, ou pour des substances non alimentaires. Le premier de ces symptômes porte le nom de *malacia*, le second celui de *pica*.

L'*amertume*, la *sécheresse* ou l'*empâtement* de la bouche doivent être rapportés aux altérations du goût.

Ce que nous venons de dire de la faim s'applique exactement à la soif, avec cette différence que son augmentation est le changement le plus ordinaire qu'elle éprouve, et sa diminution le plus rare; l'horreur des liquides est cependant un phénomène qui se rencontre dans certains cas.

Lorsqu'on examine la bouche d'un malade, on observe quelquefois des changements importants dans les parties qui entrent dans sa composition. C'est ainsi qu'on rencontre dans quelques maladies l'agacement des dents; le *grincement* et le *claquement* de ces organes sont des symptômes qui ne sont pas rares. Les dents remuent dans leurs alvéoles, et s'en détachent quelquefois; dans l'amaigrissement général, elles paraissent alongées, et leur éclat semble augmenté, au rapport de quelques auteurs, dans certaines affections thoraciques de long cours. Notre intention n'est pas de parler des altérations qui leur sont propres.

Les gencives se boursoufflent dans quelques maladies et par l'effet de certaines substances; elles saignent, changent quelquefois de couleur, et deviennent aussi plus dures que dans l'état naturel.

Un des organes dont les changements sont les plus intéressants à noter, à cause des signes de toute espèce qu'on peut en tirer, c'est incontestablement la langue. Son augmentation de volume, générale ou partielle, s'observe quelquefois; sa diminution, qui n'est en général qu'apparente, est plus rare. Elle peut être humide, sèche, lisse, luisante, âpre au toucher, fendillée et d'une consistance ligneuse. La langue varie aussi par rapport à sa couleur; elle peut être pâle ou livide, d'un rouge intense, brune, etc. La couleur peut n'être pas uniforme sur toute l'étendue de la langue. Sa surface supérieure se couvre d'un enduit important à observer. Il peut être blanc, jaune, verdâtre, brun, noir, fuligineux, épais, mince, plus ou moins adhérent, poisseux, général ou partiel, égal ou in-

(1) On peut consulter, pour plus de détails sur cette matière, l'excellent ouvrage de M. le docteur Chomel, sur la *Pathologie générale*.

égal. Cet organe se couvre quelquefois de petits boutons, ou de petites pustules grisâtres ou blanchâtres, d'aphthes. Chacun des phénomènes que nous venons d'exposer nous fournira plus tard des sujets intéressants de séméiologie générale et de diagnostic.

Les diverses parties de l'arrière-bouche, le voile du palais, ses piliers, les amygdales, la face interne des joues, peuvent aussi changer de forme, de volume, de couleur, etc. ; elles peuvent être le siège d'abcès, d'ulcérations, d'enduits, etc.

La mastication offre peu de symptômes, à moins que la lésion qui les occasionne n'ait son siège dans la mâchoire elle-même : elle est en général alors du ressort de la chirurgie.

La déglutition est accélérée dans quelques maladies aiguës; mais elle est bien plus souvent ralentie, difficile, douloureuse, ou même totalement suspendue. Certains malades peuvent avaler les liquides et non les solides, et réciproquement. Quelques-uns font des efforts continuels pour avaler, quoiqu'il n'y ait aucune substance dans la bouche; chez d'autres, les aliments sont portés dans les fosses nasales ou dans le larynx. Enfin les liquides, en tombant par leur propre poids dans l'œsophage et dans l'estomac, produisent un bruit particulier; ce phénomène a été noté par Hippocrate.

La digestion stomacale peut être activée, mais il est plus fréquent qu'elle soit affaiblie. Les troubles qu'elle présente sont de la plus haute importance pour le diagnostic des maladies.

Les nausées et les vomiturilions consistent dans le désir et les efforts inutiles de vomissement. La régurgitation est l'acte par lequel les substances solides, liquides ou gazeuses, contenues dans le ventricule, remontent sans efforts, soit dans l'œsophage, soit dans la bouche. On nomme renvois les matières rejetées de la sorte. Les diverses qualités de ces matières, leur quantité, doivent être soigneusement examinées. Solides, ces matières sont presque toujours des aliments mal élaborés; liquides, elles peuvent être des boissons introduites dans l'estomac, ou le résultat des sécrétions; elles peuvent être insipides, aigres, amères, âcres, brûlantes, diversement colorées, etc. Les gaz sont inodores ou fétides; ils exhalent l'odeur d'œufs pourris, etc.

Si les matières contenues dans l'estomac sont rejetées avec effort et en certaine quantité, c'est le vomissement.

Il faut distinguer le vomissement lui-même des matières vomies. Le vomissement est rare ou fréquent, facile ou difficile, douloureux ou indolent, suivi ou non de soulagement.

Les matières du vomissement sont le résidu de digestions antécédentes, ou des médicaments, ou des mucosités, de la bile, du sang, du pus, des matières fécales ; elles contiennent des vers, des calculs, des kystes, etc. Il faut tenir compte de leur consistance, de leur couleur, de leur odeur, de leur quantité.

L'estomac est très-souvent le siège de douleurs très-variables. Le type, l'intensité de ces douleurs concourent, avec les autres symptômes, à faire reconnaître à quelle affection elles appartiennent. Les maladies que ces douleurs accompagnent sont extrêmement nombreuses, comme nous le verrons plus tard. Les liquides ingérés dans ce viscère font quelquefois entendre un bruit particulier ; enfin, des tumeurs peuvent se montrer dans la région qu'il occupe.

Le canal alimentaire présente aussi quelques dérangements qui sont loin d'être sans intérêt. Comme l'estomac, il est le siège de douleurs dont le caractère, l'intensité et la cause sont très-différents; des tumeurs peuvent se développer sur divers points de son étendue ; des bruits variables, connus sous le nom de borborygmes, et vulgairement de gargouillements, se font entendre dans quelques circonstances. Les matières qui parcourent ce conduit peuvent être accélérées, ralenties, suspendues dans leur cours, ou même rétrogrades.

L'acte par lequel les matières stercorales sont rejetées au dehors, la défécation, l'excrétion alvine, est accéléré ou ralenti dans la plupart des maladies ; c'est ce qui constitue le dévoiement ou la constipation. L'évacuation des fèces peut être douloureuse ou indolente. On donne le nom d'épreintes ou ténesmes, au besoin vain et sans cesse renaissant d'aller à la selle, accompagné de chaleur et de cuisson à l'anus. La défécation peut être involontaire; dans quelques cas, des matières fécales s'échappent avec des gaz, à l'insçu du malade; d'autres fois, malgré les efforts qu'il fait pour les retenir, elles font sur-le-champ irruption au dehors; enfin, cette évacuation a lieu sans que le malade en ait la conscience.

Les matières stercorales s'échappent par une ouverture accidentelle ou artificielle.

Leur nature mérite une examen attentif, et procure souvent, dans les maladies du canal alimentaire, des lumières précieuses. Elles peuvent être muqueuses, semblables à une forte solution de gomme, contenir une grande quantité de bile, de chyle, au rapport des auteurs; des alimens imparfaitement digérés, du sang en stries, ou intimement mêlé aux autres matières ; du pus, des fausses membranes, des portions d'intestins, des calculs, des kystes, des tumeurs, des vers, et une multitude de corps étrangers venus du dehors. Les matières stercorales sont solides, liquides, ou gazeuses; leur consistance est souvent augmentée dans les maladies, et leur forme très-variée; d'autres fois, elles sont pour ainsi dire aqueuses; elles peuvent offrir une multitude de degrés intermédiaires. Le médecin doit surtout avoir égard à la quantité des matières excrétées. Leur couleur diffère suivant leur nature et les diverses circonstances que nous venons d'exposer; il ne faut pas perdre de vue que les qualités des matières fécales varient par la quantité des aliments et par l'effet de certains médicaments. La rhubarbe leur imprime une couleur jaune et parfois rougeâtre; la betterave rouge produit le même effet; les épinards les colorent en vert; les préparations de fer en noir, etc. Leur quantité augmente par l'abondance des aliments et par l'usage des laxatifs, etc.

L'odeur qu'exhalent les matières fécales offre des différences dans les matières; elles contractent dans quelques circonstances une insupportable fétidité.

§ III. *Des changements que l'état de maladie détermine dans la circulation.*

De toutes les fonctions, la circulation est celle qui est le plus souvent dérangée.

Il est en effet peu d'affections dans lesquelles elle n'offre quelques troubles notables ; aussi a-t-elle particulièrement attiré l'attention des médecins ; mais l'importance qu'ils ont mise à l'étude des phénomènes qu'elle présente dans les maladies est au moins exagérée. C'est bien inutilement qu'on surchargerait sa mémoire d'une multitude innombrable de divisions et de subdivisions du pouls. Ces spéculations, purement scolastiques, n'étant nullement basées sur l'expérience, ne sauraient fournir aucu-

nes données utiles à la pratique. Il est temps que la raison fasse justice de ces préjugés invétérés, et qu'elle débarrasse l'art de toutes ces puérilités. Les travaux de Galien, de Solano, de Fouquet, de Bordeu, sont loin d'avoir été dirigés par une saine philosophie. Nous nous bornerons à faire connaître les changements qu'une observation positive ne nous permet pas de rejeter.

La circulation artérielle est celle qui fournit le plus de symptômes; le cœur tient le second rang, puis la circulation capillaire, enfin les veines et les vaisseaux lymphatiques. Mais, pour bien apprécier ces divers phénomènes, il est quelques circonstances physiologiques que l'on doit se rappeler.

On entend par pouls la dilatation d'une artère produite par l'abord du sang, projeté par les contractions du ventricule gauche du cœur : c'est proprement la diastole des artères; elle coïncide avec la systole du ventricule aortique.

Dans l'état de santé, le pouls est égal, régulier, souple, isochrone dans toutes les artères; il varie principalement sous le rapport de sa fréquence, suivant l'âge, le sexe, la constitution, la stature, les idiosyncrasies suivant les moments du jour, l'exercice, l'instant de la digestion, l'état de grossesse, les émotions de l'ame.

Ce pouls bat cent quarante fois par minute, environ, dans les premiers mois de la vie, cent fois vers la deuxième année, quatre-vingts fois dans l'adolescence, de soixante-cinq à soixante-quinze fois dans l'âge adulte, de cinquante à soixante fois dans la vieillesse. Il est plus fréquent chez les femmes, chez les individus de petite stature, et chez ceux où l'appareil de l'innervation et de la circulation domine. J'ai vu des personnes qui n'avaient que vingt-cinq pulsations dans l'état de santé; on en cite qui en présentaient cent et même cent vingt.

Le pouls est plus fréquent et plus fort après le repas, surtout après l'ingestion de liqueurs alcooliques et de toutes sortes d'excitants, après un violent exercice, dans la plupart des passions, etc. Il est des personnes chez lesquelles, dans l'état de santé, le pouls n'est ni égal ni régulier, ce qu'il est important de savoir pour bien apprécier les changements qu'il peut subir dans l'état de maladie.

Les phénomènes fournis par la circulation artérielle peuvent être réduits aux suivants :

1° Augmentation.	2° Diminution.	3° Perversion.	4° Abolition.
Fréquence.	Rareté.	Pouls inégal.	
Vitesse.	Lenteur.	— irrégulier.	
Force.	Faiblesse.	— intermittent.	
Grandeur.	Petitesse.	— confus.	
Dureté.	Mollesse.	— insensible.	
		— non-isochrone.	

On doit rejeter comme superflues les distinctions suivantes du pouls, ainsi que beaucoup d'autres : Le pouls « long, court, large, étroit, élevé, bas, plein, vide, myure défaillant, myure défaillant des deux côtés, caprizant, dicrote, ondoyant, vermiculaire, formicant, tremblant, palpitant, convulsif, serein, ardent »; malgré notre respect pour Galien, nous ne saurions adopter ces rêveries. Nous envelopperons dans la même proscription : « les pouls critiques et non critiques, le pouls supérieur et inférieur, le pouls pectoral, guttural, nasal, stomacal, intestinal; le pouls de la matrice, du foie, des hémorrhoïdes, des urines, de la sueur; les pouls simples, composés, compliqués, etc. » Ces distinctions n'ont jamais existé que dans l'imagination de leurs inventeurs.

Lorsque, dans un temps déterminé, le pouls donne un plus grand nombre de pulsations que dans l'état ordinaire, il est fréquent : il est rare dans le cas contraire. Comme il est utile de porter le plus de précision possible dans les observations, au lieu d'apprécier d'une manière arbitraire la fréquence ou la rareté du pouls, il sera bon de noter d'une manière rigoureuse le nombre de pulsations qui auront lieu pendant une minute.

On entend par vitesse du pouls l'espace de temps que l'artère met à opérer sa dilatation et sa contraction; si ce temps est beaucoup plus court qu'à l'ordinaire, le pouls est vite; le pouls est lent, s'il est plus long. Lorsque le pouls est très-fréquent, il est impossible qu'il ne soit pas vite; mais il peut être rare et vite, ce qui a lieu si les temps qui séparent les pulsations sont beaucoup plus grands que dans l'état ordinaire.

Le pouls est fort lorsque, sur une assez grande étendue, il résiste aux doigts qui le pressent; il est faible, si on le sent avec peine et qu'il se laisse facilement déprimer.

La grandeur du pouls se juge par l'étendue des pulsations. Lorsque l'artère se fait sentir sur une grande surface, le pouls est grand, la petitesse du pouls tient au peu d'étendue de la diastole artérielle.

Si l'on éprouve, en tâtant le pouls, une forte résistance, la sensation d'un corps qui ne cède pas à une forte pression, on dit que le pouls est dur; si ce corps, au contraire, se laisse facilement déprimer, qu'en appuyant faiblement, on intercepte les battements de l'artère, et conséquemment le cours du sang, le pouls est mou.

Si toutes les pulsations sont également fortes, grandes, dures, le pouls est égal; si quelques-unes des pulsations, sont plus ou moins fortes, grandes ou dures que les autres, le pouls est inégal.

Il est irrégulier, lorsque les temps qui séparent les pulsations sont inégaux.

Il est intermittent, lorsqu'il manque une ou plusieurs pulsations.

Lorsque le pouls est extrêmement fréquent ou très-faible et très irrégulier, on distingue difficilement le nombre des pulsations; le pouls devient confus, il peut même devenir tout-à-fait insensible.

Dans l'état naturel, les pulsations se font sentir dans le même moment dans tout le système artériel, c'est l'isochronisme du pouls. Dans quelques cas dont nous parlerons, et bien plus rares qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour, les pulsations cessent d'être isochrones.

Certaines artères volumineuses, telles que l'aorte, présentent souvent des battements extraordinaires, qui peuvent en imposer pour une dilatation anévrysmale de ces vaisseaux.

La circulation veineuse, quoique moins féconde en phénomènes dignes d'être observés que la circulation artérielle, ne laisse pas que d'en offrir un certain nombre. Ses vaisseaux peuvent êtredistendus ou affaisés sur toute la surface du corps, ou seulement dans quelques régions. On donne le nom de varices à la dilatation permanente des veines. Le cours du sang peut, dans quelques circonstances, être rétrograde; dans d'autres cas, il imprime aux veines des pulsations semblables à celles des artères. Dans ces derniers temps, M. Piorry, qui fait de nombreux efforts pour éclairer le diagnostic des maladies, a publié un mémoire sur *la circulation veineuse, considérée sous le rapport du diagnostic*. Il pense que l'exploration des veines, faite avec les précautions et dans les circonstances convenables, peut faire juger approximativement, 1° la quantité de sang contenue dans l'appareil circulatoire; 2° la cou-

leur et la nature de ce fluide; 3° l'énergie de la circulation artificielle; 4° la facilité avec laquelle il abonde dans l'oreillette droite (1).

La circulation capillaire, jusqu'à un certain point indépendante des deux autres, est le siège de divers changements dans les maladies. Il paraît que c'est à un état particulier de ce système qu'on doit rapporter les hémorrhagies de diverses natures; c'est encore à des modifications de son état normal que paraissent dues la couleur animée ou pâle de la peau, les taches violettes sanguines qui la couvrent, etc.

Le sang n'est pas le même dans toutes les maladies; nous avons dit qu'il était susceptible d'augmenter en quantité, de diminuer et même de s'altérer dans sa nature. L'augmentation du sang, dont on juge bien par des phénomènes généraux que nous ne devons pas décrire ici, est ordinairement accompagnée d'une augmentation dans sa consistance. Il paraît alors plus compacte, plus vermeil que dans l'état ordinaire; il contient aussi beaucoup moins de sérosité. Il est plus noir, plus mou, plus séreux, lorsqu'il est moins abondant, et principalement lorsqu'il est altéré dans sa composition, comme dans le scorbut.

Le sang qui s'échappe de la blessure d'une artère s'élance par jets saccadés, interrompus; il est vermeil et écumeux. Celui qui sort des veines forme une arcade continue; il est plus noir que le précédent. Lorsqu'il s'épanche du système capillaire, il se répand en nappe; reçu et refroidi dans un vase, il se sépare au bout de quelque temps en une partie solide et en une partie séreuse; la première surnage sur la seconde. La proportion de ces deux parties varie beaucoup dans les maladies. Les médecins ont ajouté beaucoup d'importance à ces variétés. On donne le nom de caillot, ou d'*insula*, à la portion consistante du sang. La portion séreuse n'a pas reçu de nom particulier; elle est jaunâtre, verdâtre, et souvent tout-à-fait jaune. La forme, le volume, la consistance du caillot, ne sont pas les mêmes dans tous les cas, ce qui n'est pas d'un haut intérêt; mais ce qui en mérite davantage, c'est qu'il se couvre quelquefois d'une croûte blanchâtre, jaunâtre ou verdâtre, d'une épaisseur et d'une consistance variables, que l'on a nommée *couenne inflammatoire*, ou *couenne pleurétique*.

Si nous jetons les yeux sur la circulation lymphatique, nous trouverons que nous sommes encore peu avancés dans l'appréciation des phénomènes qu'elle présente dans l'état morbide. L'engorgement des glandes lymphatiques, la coloration rouge que les vaisseaux de cet ordre présentent quelquefois dans leur trajet, l'écoulement séreux auquel leurs blessures donnent lieu, sont les seules modifications qui tombent sous nos sens. Quant à la pléthore lymphatique, quant à la diminution de la quantité de lymphe, ou à l'altération de sa nature, nous sommes réduits à les regarder comme probables, aucune expérience directe n'en ayant démontré l'existence.

Examinée au moyen d'un cylindre en bois, auquel M. Lænnec a donné le nom de stéthoscope, la circulation nous présente des symptômes dignes d'intérêt. L'exploration par l'application immédiate de l'oreille offre les mêmes résultats. Elle avait été conseillée et pratiquée long-temps avant qu'on se servît du cylindre acoustique, ce qui ne doit pas empêcher de considérer ce médecin comme le véritable inventeur de cette méthode d'exploration.

Voici les symptômes fournis par le principal organe de la circulation. Dans l'état physiologique, lorsque l'homme est parvenu à tout son développement, les pulsations du cœur se font sentir entre les cartilages de la cinquième et septième côte gauche, et un peu sous le sternum; le ventricule aortique bat dans l'état ordinaire, un peu plus à gauche que le ventricule pulmonaire. Quelques circonstances font varier l'étendue de l'espace où l'on perçoit les battements du cœur, telles sont la maigreur, l'exercice, les affections vives de l'ame, qui l'augmentent, et l'embonpoint, le repos, la diète, qui le diminuent, etc. Cette étendue devient plus grande dans l'état de maladie; alors les battemens du cœur se font entendre successivement dans toute la partie antérieure du côté gauche du thorax; puis dans la même partie, à droite; ensuite dans la partie postérieure gauche, enfin dans la partie postérieure droite de la poitrine. Quelquefois l'espace dans lequel on perçoit les battemens du cœur est plus circonscrit que dans l'état naturel; on peut même ne pas les sentir du tout. Le siège des battements du cœur peut être déplacé, il peut aussi changer à chaque instant.

Indépendamment de l'étendue des pulsations, il faut encore remarquer le choc que le cœur communique aux parois thoraciques, et par suite à l'oreille de l'observateur. Dans l'état physiologique, cette impulsion est quelquefois très-faible et même à peine sensible. Ce choc devient plus fort dans l'état de santé, sous l'influence des diverses causes que nous venons de signaler. Dans l'état morbide, on observe aussi, dans quelques circonstances, son augmentation ainsi que sa diminution.

A chaque contraction des différentes parties du cœur, on entend un bruit plus ou moins éclatant. Le bruit le plus clair se fait entendre lorsque les oreillettes se contractent; la contraction des ventricules donne lieu à un bruit plus sourd, plus profond, plus prolongé. Dans l'état de maladie, cet ordre est souvent interverti; ce bruit peut devenir ou plus fort ou plus faible.

Indépendamment de ces changemens dans les bruits naturels, on entend quelquefois, pendant l'intervalle qui sépare la systole et la diastole des différentes parties du cœur, des sons que l'on a comparés au murmure de satisfaction que font entendre les chats lorsqu'on leur passe la main sur le dos, ou au bruit d'une lime qu'on passe sur du bois, au craquement du cuir, etc.

Le rhythme, c'est-à-dire les temps et les intervalles qu'emploient les différentes parties du cœur à opérer leur contraction, présentent des phénomènes intéressants à observer. Lorsque la circulation se fait régulièrement, la contraction du ventricule et la diastole des artères sont isochrones. A cette contraction succède sans intervalle la contraction des oreillettes annoncée par un bruit éclatant, laquelle est terminée par un repos bien marqué. Le ventricule emploie à peu près deux fois autant de temps que l'oreillette à se contracter. Lorsque la circulation est accélérée, ces temps et ces intervalles se succèdent avec rapidité, et leurs différences sont inappréciables : si elle est ralentie, on les distingue beaucoup mieux. Le bruit des oreillettes se confond quelquefois avec celui des ventricules, et le bruit de ceux-ci étouffe souvent celui des premières. On entend dans certains cas deux ou trois contractions auriculaires sur une du ventricule et réciproquement.

§ IV. *Des changemens que la maladie détermine dans la respiration.*

Quelques circonstances impriment à la respiration des modifications qu'il importe de faire remarquer.

(1) *Journal Hebdomadaire*, 29 novembre 1823, n° 9, pag. 412.

Le nombre des inspirations et des expirations, et la vitesse avec laquelle elles s'exécutent, ne sont pas les mêmes dans tous les âges. Dans la première enfance, on compte de trente à trente-cinq respirations, vingt-cinq dans la seconde année, vingt à la puberté, seize à dix-huit dans l'âge adulte. Mais ce nombre varie encore selon les individus; et comme cette fonction est soumise à la volonté, l'attention qu'on met à l'examiner suffit pour l'accélérer ou la ralentir. Les personnes chez lesquelles domine l'appareil de l'innervation, les femmes et les individus d'une petite stature ont la respiration plus fréquente que les autres. Les passions vives, un exercice de corps violent, les cris, les chants, la déclamation, la respiration d'un air très-chaud, etc., accélèrent cette fonction. Dans l'état normal, elle est d'ailleurs libre, égale et insonore.

Dans l'état de maladie, la respiration éprouve de nombreuses modifications. Lorsque, dans un temps donné, il se fait un plus grand nombre de respirations, on dit que la respiration est *fréquente;* qu'elle est *rare* dans le cas contraire; *vite*, si la dilatation et le resserrement du thorax s'exécutent avec rapidité; *lente*, si le malade met beaucoup de temps à les opérer.

Lorsqu'il pénètre une grande quantité d'air dans la poitrine, la respiration est *grande;* elle est *petite,* lorsque cette quantité est moindre que dans l'état ordinaire.

La respiration peut être plus ou moins *difficile;* elle peut être simplement *laborieuse;* elle peut forcer le malade à rester assis; elle porte alors le nom d'*orthopnée;* elle peut être *suffocante, anhéleuse, douloureuse*. Si l'orthopnée est portée à un très-haut degré, la respiration est *haute*. Si les mouvements respiratoires se succèdent avec beaucoup de rapidité et d'agitation, on dit, mais à tort, que la respiration est *convulsive*. Dans la gêne de la respiration, c'est tantôt l'inspiration qu'éprouve cette gêne, et tantôt l'expiration. Dans quelque cas, la respiration est complètement suspendue, c'est l'*apnée*.

La respiration est *inégale* lorsque la quantité d'air introduite n'est pas la même dans toutes les inspirations; elle est *irrégulière* lorsque les temps qui séparent les mouvements respiratoires ne sont pas égaux; elle peut être *intermittente* s'il vient à manquer une ou plusieurs respirations; *entrecoupée*, lorsque l'expiration et l'inspiration se font à plusieurs reprises; *interrompue,* lorsque les mouvements respiratoires ne s'accomplissent pas entièrement.

Nous avons dit que dans l'état physiologique la respiration était insonore. En effet, dans la veille, elle ne fait entendre qu'un frémissement imperceptible. Chez quelques individus, elle produit, dans le sommeil, un bruit qu'on nomme ronflement. Il n'en est pas de même dans l'état morbide; alors la respiration devient souvent bruyante. Elle est *sifflante, suspirieuse, plaintive, stertoreuse, ralante,* etc. La respiration peut être sifflante dans les deux mouvements respiratoires, ou seulement dans l'un d'eux; il est inutile de définir la respiration suspirieuse et la respiration plaintive. Il est difficile de faire connaître la respiration stertoreuse; on l'a comparée au bruit de l'eau bouillante; le *râle* est le bruit que produit l'air qui traverse les mucosités ou autres liquides accumulés dans les bronches ou leurs divisions.

La respiration, examinée au moyen du cylindre inventé par M. Lænnec, présente quelques caractères plus ou moins intéressants.

Dans l'état sain, la respiration fait entendre un léger bruit occasionné par l'introduction de l'air dans les cellules pulmonaires et par sa sortie. L'intensité de ce bruit varie selon les âges. Il est plus fort dans l'enfance qu'aux autres époques de la vie. Il est plus sensible chez les sujets maigres, quoique l'embonpoint n'empêche pas de l'entendre; l'accélération de la respiration, quelle qu'en soit la cause, le rend aussi plus intense. On ne le perçoit pas également dans toutes les régions de la poitrine. Plus on s'approche de la racine du poumon, et plus ce bruit est facile à reconnaître. Il est aussi quelques idiosyncrasies chez lesquelles la force de ce bruit est plus remarquable. Ces personnes ont toute leur vie la respiration *puérile*.

Le bruit de la respiration ayant ordinairement son siège dans les fosses nasales et l'arrière-bouche, la respiration la plus bruyante n'est pas celle qu'on entend le mieux par le stéthoscope. La respiration cesse souvent de se faire entendre dans différents points de la poitrine; cette cessation est continue ou intermittente, fixe ou mobile.

Dans certains cas, la respiration devient plus forte que dans l'état normal; d'autres fois plus faible; ces divers changemens paraissent et disparaissent avec les causes matérielles qui les produisent.

On doit mettre au nombre des symptômes fournis par la respiration, le *râle*, phénomène qui consiste dans le bruit qu'occasionne le passage de l'air à travers les divers liquides accumulés dans les voies aériennes. Ce bruit s'entend mieux à l'aide du cylindre qu'à l'oreille nue. On peut en distinguer de quatre espèces; mais la nature peut offrir une multitude de variétés intermédiaires : 1° le râle crépitant ou crépitation; 2° le râle muqueux ou gargouillement; 3° le râle sec, sonore, ou ronflement; 4° le râle sibilant ou sifflement.

Dans le premier, il semble à l'observateur que des bulles contenant de l'air se rompent successivement et avec plus ou moins de rapidité. Le second est celui qu'on entend à l'oreille nue chez les agonisans. Le troisième ressemble au ronflement d'une corde de basse, au roucoulement d'une tourterelle; il est ordinairement circonscrit. Le quatrième est prolongé, aigu, grave, sourd, sonore, ou de courte durée, et ressemble aux cris des petits oiseaux, aux cliquetis d'une petite soupape.

Le râle est abondant ou rare, très-gros, gros, moyen, petit, menu, relativement à la grosseur et à la quantité présumées des bulles d'air qui traversent les liquides.

On peut entendre aussi un certain glouglou, une espèce de fluctuation; enfin, le *tintement métallique,* espèce de résonnance qu'on peut comparer à celle qui résulte de la percussion légère d'un verre, au bruit expirant d'une petite cloche, à celui que produirait des grains de sable tombant dans un vase d'airain, résonnance qu'on entend à la fin de chaque parole que prononce le malade, et qui, montant dans le tube, vient expirer à une certaine hauteur. Nous ne devons pas omettre la *respiration bronchique*, qui consiste dans un bruit respiratoire plus fort que dans l'état normal, et qui parait s'arrêter aux premières divisions des bronches.

Le *rire*, l'*éternuement*, le *bâillement*, le *hoquet*, dont nous croyons superflu de donner la définition, peuvent se manifester pendant la maladie. La *toux* et l'*expectoration* sont des phénomènes morbides qui méritent notre attention. Tout le monde sait ce que c'est que la toux; les médecins en ont distingué un grand nombre d'espèces. La toux *humide*, c'est-à-dire suivie de l'expectoration de matières liquides; la toux *sèche,* sans aucune exerétion; la toux par

quintes ou par *accès*, efforts de toux plus ou moins considérables revenant par intervalles. On a admis des toux *idiopathiques* et des toux *symptomatiques* : nous verrons plus bas qu'on doit faire la même distinction pour la plupart des symptômes, lorsqu'on veut les convertir en signes. En conséquence, on a reconnu des toux hépatiques, stomacales, utérines, etc., etc.

La toux est ordinairement suivie de l'expectoration, qui est l'acte par lequel on rejette au dehors les matières que la première a détachées des poumons et des bronches. Il ne faut pas confondre l'expectoration avec la matière expectorée, ainsi que l'observe judicieusement M. Chomel, à qui l'on doit d'ailleurs d'avoir précisé le sens du mot expectoration, expuition et crachement.

L'expuition est l'acte par lequel on rejette les matières amassées dans l'arrière-bouche.

Le crachement, celles qui s'accumulent dans la bouche. Ces divers actes peuvent être plus ou moins faciles, fréquents ou douloureux.

Les matières rejetées au dehors par leur moyen portent le nom de crachats. Ils sont très-variés. Lorsqu'ils sont clairs et limpides, on les a improprement appelés *séreux ; muqueux*, lorsqu'ils sont plus consistants et opaques. Ils peuvent être *sanglants*, *sanguinolents*, *puriformes*, *purulents*, mêlés de sang et de pus, tachés, striés, intimement mélangés, ou composés de sang pur. Quant à leur *couleur*, ils sont blancs, jaunâtres, rouillés, verdâtres, rouges, bruns, noirs, gris, incolores, etc.

Leur *forme* mérite aussi quelque considération. Ils sont ronds, alongés, filants, étoilés, en nappe, isolés, etc. Pour leur *consistance*, ils sont aqueux, gommeux, gluants, écumeux, etc. Ils sont, quant à l'*odeur*, plus ou moins fétides, et fades la plupart du temps. Pour la *saveur*, douceâtres, amers, salés, etc. Enfin ils varient pour leur quantité, leur volume, leur température, etc. Ils peuvent contenir des matières hétérogènes venues du dehors, ou formées dans les voies aériennes ; des calculs, des matières tuberculeuses, des kystes, des hydatides, des vers, etc.

§ V. *Des changements que l'état de maladie détermine dans la chaleur animale.*

Dans l'état de santé la chaleur est douce, modérée, à peu près égale dans toutes les régions du corps et dans les divers moments du jour. Les lois de l'organisation ne permettant pas à cette chaleur d'augmenter ou de diminuer sensiblement ; elle reste à peu près la même sous toutes les températures et sous la plupart des influences extérieures. Il est cependant quelques circonstances qui la font varier. Elle augmente d'une manière remarquable par l'ingestion d'aliments épicés, d'un vin généreux, d'huiles essentielles, d'alchooliques, etc. La respiration d'un air chaud occasionne la moiteur et la sueur, que l'on sait être les moyens que la nature emploie pour diminuer l'excès de chaleur animale. L'immersion dans l'eau très-chaude, les vêtements mauvais conducteurs du calorique, les passions vives de l'ame, un exercice violent, etc., élèvent aussi la température du corps humain. On peut dire d'une manière générale que tous les agents qui excitent la circulation et l'innervation augmentent la chaleur.

L'abstinence, la diète végétale et lactée, le froid humide, les bains tièdes, les vêtements légers, le calme de l'ame, l'inaction, etc., diminuent cette chaleur.

En maladie, la chaleur augmente d'une manière générale ou partielle, et présente différents degrés d'intensité. L'augmentation, ainsi que les autres changements de température qu'on observe, sont simplement une sensation pour le malade (quelques médecins ont même pensé qu'ils n'étaient jamais que cela), ou sont sensibles pour celui qui observe, et susceptibles d'être appréciés avec rigueur.

La chaleur augmente en général dans les maladies aiguës, et surtout dans leurs paroxysmes ; dans les phlegmasies elle est plus ou moins intense dans l'organe affecté, ou dans les parties correspondantes, ou dans quelques parties éloignées. On a distingué différentes espèces de chaleur : la chaleur *franche* est la chaleur naturelle simplement augmentée ; le chaleur *halitueuse* est accompagnée d'une légère humidité ; la chaleur *sèche* n'a pas besoin d'être définie ; la chaleur *âcre* et *mordicante* imprime aux doigts de l'observateur une sensation incommode et désagréable. La chaleur peut être *continue*, c'est-à-dire la même dans tous les instants de la maladie ; *rémittente*, plus forte dans certains moments que dans d'autres ; *intermittente* sans périodicité, revenir par intervalles irréguliers ; *périodique*, reparaître après des intervalles égaux.

La diminution de la chaleur est aussi très-fréquente. Il est peu de maladies aiguës qui ne commencent par une sensation de froid, ou même par un frisson ; et il existe un genre tout entier d'affections dont le principal phénomène est le retour périodique du froid.

On distingue au froid plusieurs degrés. La simple sensation du *froid*, *algor ;* l'*horripilation* ou frissonnement, les bulbes des poils font saillie sur la peau ; le *frisson* ou froid avec tremblement général des membres, des mâchoires, claquement des dents, etc. Comme l'augmentation de la chaleur, la diminution peut être réelle ou illusoire. Sensible pour le médecin, ou seulement pour le malade, elle peut être générale ou partielle, *continue*, *rémittente*, *intermittente* et *périodique*. Le froid alterne souvent avec la chaleur, et la précède presque constamment.

Sous le rapport de leur durée, qui peut varier beaucoup, les changements de température méritent de fixer l'attention des médecins. Il n'est pas indifférent que le frisson ne dure que quelques minutes, ou qu'il se prolonge pendant plusieurs heures.

L'abolition complète de la chaleur n'a jamais été constatée d'une manière rigoureuse, pas même dans la congélation. Quelques malades éprouvent la sensation du froid dans une partie réellement chaude, et réciproquement. Quelques-uns tremblent de froid, tandis que leur peau est rouge et couverte de sueur, et d'autres se plaignent d'une chaleur insupportable, tandis que la température de leur peau est naturelle, ou plus basse que dans l'état physiologique.

§ VI. *Des changements que l'état de maladie apporte dans les exhalations.*

Nous conserverons la distinction admise par les pathologistes pour les exhalations habituelles, accidentelles, morbides et artificielles.

Les exhalations cutanée, muqueuse, séreuse, synoviale, graisseuse, etc., appartiennent au premier ordre ; les hémorrhagies, au second ; l'exhalation du pus et de quelques autres fluides, au troisième ; enfin, celle qui est le résultat de la plaie d'un vési-

catoire, d'un cautère, d'un séton, d'un moxa, au quatrième.

L'*exhalation cutanée* n'est pas la même dans toutes les circonstances; en général, douce, égale, continue, insensible, elle devient, par des circonstances analogues à celle que nous venons d'exposer tout à l'heure, plus abondante et perceptible aux sens.

La maladie lui fait quelquefois subir des changements qu'il est utile de connaître; une légère augmentation d'exhalation produit la moiteur, caractérisée par une légère humidité et par la souplesse de la peau; à un plus haut degré elle détermine la sueur. Le résultat de la perspiration condense en gouttelettes et mouille les vêtements en contact. Elle est générale ou partielle: lorsqu'elle est générale, elle peut être égale ou inégale, plus forte au front, au cou, à la poitrine; lorsqu'elle est locale elle peut se borner à la paume des mains, à l'épigastre, etc. La sueur peut être chaude, tempérée, froide. Elle est fétide, fade, acide, etc. L'odeur de souris, qu'on disait être propre à la sueur produite dans certaines affections, provient, dans la majorité des cas, de l'urine que le malade laisse échapper dans sa couche. Les aliments dont les individus font un usage habituel, et l'atmosphère dans laquelle ils respirent, impriment à la perspiration cutanée une odeur particulière.

La sueur est plus ou moins consistante, aqueuse, ténue, épaisse, visqueuse, collante; presque toujours elle est incolore; quelquefois elle est jaunâtre, jaune, rougeâtre, sanguinolente, bleue et noire.

La sueur varie sous le rapport de sa quantité; elle est aussi passagère, continue ou périodique. Il faut distinguer si elle est provoquée ou entretenue par une cause naturelle appréciable, ou si elle est le résultat simple de la maladie; si elle soulage ou affaiblit le malade, ou même le fait dépérir. Dans ce dernier cas on lui a donné le nom de *colliquative*.

La diminution et même la suppression de transpiration s'observent dans le commencement des maladies aiguës et dans certaines affections particulières.

On ne peut guère juger, que par les matières excrétées, les modifications que la maladie imprime dans les *membranes muqueuses* et *leur exhalation*. Ces matières peuvent être plus ou moins abondantes que dans l'état naturel; leur production peut être entièrement suspendue. Ces changements sont ordinairement partiels, rarement généraux, quelquefois successifs dans les diverses parties du système muqueux. Les qualités physiques du mucus varient beaucoup dans les maladies; il peut être jaune, vert, rouge, d'un blanc mat, limpide, clair, aqueux, filant, de forme pseudo-membraneuse, tubulée; il est d'une odeur fade, spermatique, acide, fétide, mêlé avec de l'urine, des matières fécales, du sang, des aliments, des boissons, etc.; enfin il peut acquérir une propriété contagieuse.

Un voile à peu près impénétrable nous dérobe, au moins pendant la vie, les changements qui surviennent dans les membranes séreuses et dans leur exhalation. Mais après la mort on a reconnu que cette fonction subissait les mêmes modifications que nous avons déjà signalées pour les autres. On a reconnu que la quantité de liquide destinée, durant l'existence, à lubrifier les surfaces séreuses, pouvait être beaucoup plus considérable que dans l'état naturel ou beaucoup moindre. Lorsqu'elle est beaucoup augmentée on peut même assez bien l'apprécier dans le vivant.

La couleur, la consistance, l'odeur et les autres qualités physiques de la sérosité ne peuvent être qu'accidentellement reconnues.

Les dérangements qui surviennent dans la menstruation et dans quelques exhalations sanguines habituelles, méritent d'être signalés. Le flux menstruel ou hémorrhoïdal peut être augmenté, diminué, aboli; il peut être remplacé par une autre hémorrhagie. La nature du sang exhalé peut varier sous plusieurs rapports.

De plus, il survient fréquemment dans le cours des maladies, et à diverses époques, des exhalations sanguines d'une grande importance. Ces hémorrhagies ont ordinairement lieu par les membranes muqueuses; dans ce cas le sang exhalé doit être examiné avec soin. Quelquefois le tissu cellulaire, les cavités séreuses, les parenchymes, les muscles, etc., sont le siége de ces diverses exhalations.

On les a distinguées en *actives* et en *passives;* en *critiques* et *acritiques;* en *symptomatiques*, *idiopathiques* et *supplémentaires*, etc. Nous aurons occasion de revenir à ce sujet, et dans la séméiologie et dans le diagnostic spécial.

La formation du pus a beaucoup occupé les médecins; sans vouloir pénétrer les mystères dont la nature s'enveloppe, on se borne aujourd'hui à dire qu'il est le résultat d'une exhalation morbide. Quoi qu'il en soit, il peut être exhalé à la surface de la peau, formé dans le tissu cellulaire, dans les parenchymes, réuni en foyer, ou disséminé dans le tissu des organes. Il présente, pour sa quantité, ses qualités physiques, des phénomènes importants. On doit tenir compte de son abondance plus ou moins grande, de sa couleur blanche, jaune, verdâtre, rougeâtre, grise, livide, variée; de sa consistance homogène, épaisse ou liquide, grumeleuse; de son odeur fade ou fétide, nauséeuse, repoussante; de sa saveur fade ou âcre; enfin de sa pesanteur supérieure à celle de l'eau distillée.

Le pus acquiert, dans quelques maladies, la faculté contagieuse.

On a rangé parmi les exhalations morbides celles qui ont lieu sous l'épiderme dans certaines éruptions; celles de la teigne, des croûtes laiteuses, etc.

Le pus fourni par les plaies des divers exutoires présente quelques symptômes que nous ne devons pas négliger. Il peut-être de bonne nature, c'est-à-dire blanc, opaque, consistant, homogène, sans fétidité; ou de mauvaise nature, c'est-à-dire liquide, séreux, grumeleux, grisâtre, sanguinolent, fétide, etc. La surface exhalante est rosée, ou bien pâle, livide, ecchymosée, saignante, blanche, noire, gangrenée, insensible ou d'une excessive sensibilité, etc.

§ VII. *Des changements que la maladie apporte dans les sécrétions.*

Lorsqu'une cause quelconque augmente quelque exhalation, une exhalation d'une autre nature diminue, et réciproquement; il en est de même des sécrétions entre elles, et des exhalations par rapport aux sécrétions. Dans quelques cas rares, on a vu cependant une augmentation générale des sécrétions et des exhalations, et dans le commencement des maladies aiguës ces fonctions sont également diminuées et même suspendues.

Il survient à chacune en particulier des changements importants à noter.

Les larmes offrent peu de symptômes remarquables. On sait que, dans l'état de santé, elles peuvent augmenter par l'effet d'affections morales profondes,

par l'impression d'un air froid, l'application d'un corps étranger sur la conjonctive, par certaines odeurs pénétrantes. Dans quelques affections nerveuses, et dans certaines maladies du cerveau, les larmes coulent plus abondamment que dans l'état naturel. On a prétendu qu'elles pouvaient être altérées dans leur nature, mais le fait ne nous paraît pas rigoureusement démontré.

La salive ne fournit guère plus de symptômes que les larmes. Physiologiquement cette sécrétion augmente dans les repas, par la présence ou par l'idée d'un mets agréable et vivement désiré. Dans l'état de maladie elle peut augmenter, et par l'effet de la maladie et par celui des remèdes, c'est la *salivation* ou *ptyalisme*. Dans les maladies aiguës, et surtout dans le commencement, dans la période d'accroissement, la sécheresse de la bouche fait présumer que la sécrétion de la salive est diminuée comme les autres. Ce fluide devient quelquefois âcre et brûlant; enfin, dans certains cas, la salive acquiert la funeste propriété d'être contagieuse. Dans l'oblitération ou dans l'obstruction des conduits excréteurs, dans les fistules salivaires et dans la destruction de la lèvre inférieure, il y a impossibilité d'excréter ou de retenir la salive.

Les organes sécréteurs de la bile, profondément situés, dérobés à nos sens, ne peuvent nous offrir des changements appréciables d'une manière immédiate. Il est cependant facile de reconnaître *à priori* que la bile est augmentée de quantité dans des cas d'évacuations excessives, et qu'elle est au contraire diminuée lorsque les matières fécales incolores attestent son absence. Les ouvertures de corps ont souvent prouvé que la bile était altérée dans sa composition. Sa couleur varie depuis le vert intense, presque noir, jusqu'à la limpidité du blanc d'œuf. Elle contient souvent des calculs, des hydatides, etc. L'oblitération fréquente des conduits excréteurs est la cause la plus commune de la rétention de la bile dans les vésicules.

La sécrétion de l'urine, et principalement l'urine elle-même, ont de tout temps fixé d'une manière particulière l'attention des médecins. Des misérables, qui, sans talent et sans instruction, spéculent sur la crédulité et la faiblesse humaines, ont prétendu connaître et guérir toutes les maladies par l'inspection de l'urine. Nous verrons plus tard combien leurs prétentions sont absurdes et ridicules! Heureux encore si elles n'étaient que cela! Nous verrons aussi que celles des véritables médecins étaient de beaucoup exagérées, et que les signes fournis par ce fluide sont loin d'avoir la valeur et de mériter la considération qu'on lui attachait. Toutefois, nous allons exposer les phénomènes qu'il présente. Il est important de connaître préalablement les modifications dont l'urine est susceptible dans l'état sain. Elle augmente ou diminue de quantité en proportion inverse des autres sécrétions ou exhalations; ainsi, lorsque la transpiration cutanée diminue, l'urine augmente; dans les temps froids et humides, dans les climats froids, elle est plus abondante que dans les circonstances opposées. Lorsqu'on a pris une grande quantité de boisson aqueuse, elle en est aussi plus copieuse. Les enfants et les femmes urinent davantage que les adultes et les hommes, etc. La couleur naturelle de l'urine varie depuis la teinte la plus légèrement citrine jusqu'au jaune rougeâtre. Au moment de l'excrétion, ce fluide est chaud, transparent, citrin; il exhale une légère odeur animale, qui n'est point fétide. Il n'est pas rare qu'en se refroidissant, elle se trouble, et qu'elle présente de véritables nuages. Ce phénomène a lieu dans les vives émotions de l'ame, après un coït souvent répété, et par l'usage de certaines boissons, telles que la bière, etc. Sa couleur change par l'emploi de certaines substances alimentaires ou médicamenteuses. Les préparations martiales la rendent noire; les bouillons d'oseille, la racine de fraisier et de garance, la betterave rouge lui communiquent une couleur presque sanglante. Chopart, dans son *Traité des maladies des voies urinaires*, rapporte l'histoire d'un hypocondriaque qui croyait uriner du sang. Le médecin qu'il consulta, ayant examiné les urines de ce malade, le crut aussi, et ordonna, mais sans succès, les remèdes convenables. Enfin, après avoir été consulté plusieurs fois, voyant que rien n'indiquait d'ailleurs une altération profonde des voies urinaires, il s'avisa tardivement de lui demander de quels genres d'aliments il faisait usage. Il apprit que ce malade mangeait presque exclusivement des betteraves rouges; il lui conseilla de n'en manger que de blanches, et tous les accidents disparurent. La térébenthine donne à l'urine une odeur remarquable de violette, tandis que les asperges la rendent extrêmement fétide, etc. Telles sont les principales modifications qu'on observe dans l'urine dans l'état de santé. Celles que présente l'état morbide sont bien plus nombreuses.

La quantité du fluide excrété peut être augmentée d'une manière remarquable et même excessive. Elle est souvent beaucoup moindre que dans l'état naturel, et quelquefois elle est entièrement supprimée. Sa nature peut être changée. L'urine devient contagieuse dans quelques circonstances. Elle est incolore, limpide, blanche, opaque, citrine, jaune, safranée, orangée, rouge, brune ou noire, transparente ou trouble. Elle est ténue, c'est-à-dire se rapproche de l'eau sous le rapport de la consistance; elle est huileuse, *lintescente*, lorsqu'elle offre, avec une couleur foncée, une espèce de viscosité. Elle contracte une odeur ammoniacale, et parfois une odeur repoussante dans quelques maladies.

Elle peut changer d'un moment à l'autre sous tous ces rapports. Quant à sa température, elle est chaude, brûlante ou froide.

L'urine peut contenir une multitude de matières qui lui sont étrangères : l'on y trouve du mucus, du pus, du sang, de fausses membranes, des caroncules roussâtres, noires; du sable, des graviers, des calculs, des matières fécales, du sperme, des vers, enfin, des corps étrangers venus du dehors. Lorsque l'urine, reçue dans un vase transparent y a séjourné pendant plusieurs heures, elle prend en général un nouvel aspect; on y observe des pellicules, des suspensions, des sédiments.

On remarque quelquefois sur la surface de l'urine une espèce de membrane mince, iridée, légèrement opaque : c'est la *pellicule*, la *crème*, la *couronne*. Une espèce de *nuage* trouble parfois le sommet du liquide; lorsqu'il tend vers le fond du vase, il prend le nom d'*énéorême*. Le *sédiment* ou *hypostase* occupe le fond du vase, et recouvre assez souvent ses parois. Sa couleur est blanchâtre, grise, rosée, briquetée, brune, noire, et même verte ou bleue; il ressemble à du sable (dépôt sablonneux), de la poussière ou du son; dans ce dernier cas, on dit qu'il est furfuracé. Il peut être formé par une matière muqueuse réunie en flocons ou rassemblée en une couche mince et demi-transparente.

L'action d'excréter l'urine, qu'on devrait nommer *miction*, pour éviter une périphrase languissante, est quelquefois difficile, c'est la dysurie; l'urine sort souvent goutte à goutte, c'est la *strangurie*;

enfin la miction est entièrement impossible, c'est l'*ischurie*. Elle peut être *involontaire* avec ou sans la conscience du malade. Elle peut s'échapper d'une manière continue, c'est ce qui constitue l'incontinence d'urine. Lorsque la vessie est tellement distendue qu'elle ne peut plus contenir d'urine, et que celle-ci s'échappe de cette manière, on dit que le malade urine par *regorgement*. L'excrétion de l'urine est parfois intermittente. Enfin, elle peut avoir lieu par des voies insolites, par le rectum, l'ombilic, le périnée, le scrotum, etc. On doit n'admettre, qu'avec la plus grande réserve, les faits singuliers dans lesquels l'urine a signalé sa présence dans la salive, les sueurs, les matières vomies, et même dans la sérosité renfermée dans les ventricules cérébraux.

§ VIII. *Des changements que la maladie détermine dans l'absorption.*

L'absorption interstitielle joue un des rôles les plus importants dans les maladies, et, bien qu'on ne puisse pas suivre de l'œil ses opérations, il est impossible de ne pas admettre que c'est à elle que la nature a confié la résolution de la plupart des affections morbides. La disparition des ecchymoses, celle d'une pneumonie, d'un épanchement de sang dans le cerveau ou dans tout autre viscère, etc., sont sans contredit des actes de l'absorption. C'est elle qui, dans l'état naturel, opère les mouvements de décomposition journaliers auxquels nous sommes soumis. La rapidité de ces mouvements de décomposition, dans quelques maladies, doit faire conclure que l'énergie de cette fonction est accrue. C'est peut-être autant à cet accroissement de l'absorption qu'à la diminution de l'exhalation qu'on doit attribuer la sécheresse des membranes dans le principe des maladies. C'est peut-être encore aussi bien à sa diminution d'activité qu'à l'augmentation de l'exhalation que sont dus les divers épanchements séreux, celluleux, etc. On peut donc juger de l'augmentation de l'absorption par la rapidité de l'amaigrissement, par la promptitude avec laquelle un épanchement ou une tumeur quelconque disparaissent. Les phénomènes contraires prouveront sa lenteur.

§ IX. *Des changements que la maladie détermine dans la nutrition.*

Lorsque certains organes sont forcés, par une cause quelle qu'elle soit, d'augmenter leur action, on les voit ordinairement augmenter aussi de volume ; c'est l'*hypertrophie*, l'augmentation de la nutrition. La plupart des organes sont susceptibles de cet accroissement ; ceux qui tiennent le premier rang sont les organes musculeux, et surtout le cœur. Les organes parenchymateux paraissent aussi susceptibles de cet accroissement de nutrition, ainsi que le tissu cellulaire et autres. La diminution des organes, suite de leur inaction, qui constitue l'*atrophie*, doit être considérée comme l'inverse du phénomène précédent. Lorsque l'augmentation de volume arrive en même temps dans toute l'économie, on doit la regarder comme une action physiologique. Il n'en est pas de même de sa diminution générale qui accompagne la plupart des maladies, et principalement les maladies chroniques. Une croissance trop lente ou trop rapide, arrivant par une cause morbifique, a été attribuée à une altération de la nutrition ; on a aussi attribué, à la perversion de cette fonction, la naissance des diverses tumeurs qui se manifestent dans nos organes.

DEUXIÈME SECTION.

DES CHANGEMENTS QUE L'ÉTAT DE MALADIE OCCASIONNE DANS LES FONCTIONS DE LA VIE DE RELATION.

§ I. *Des changements que la maladie fait subir à l'habitude extérieure du corps.*

Qu'on le considère dans son ensemble ou dans ses détails, l'habitude extérieure du corps présente une multitude de symptômes intéressants.

Il n'est pas même difficile, pour les personnes les plus étrangères à la médecine, de reconnaître les changements que la maladie apporte dans l'attitude. Aisée et libre pendant la veille, elle devient molle et languissante, forte et assurée ; les membres sont agités ou immobiles, contournés dans divers sens. Le décubitus, qui ordinairement a lieu sur l'un des côtés indifféremment, les membres étant demi-fléchis, peut avoir lieu seulement sur le dos, rarement sur le ventre, souvent sur un seul des deux côtés ; la position assise est quelquefois la seule possible, etc. Enfin l'attitude peut être changeante.

La cause la plus fréquente de l'augmentation du volume du corps est l'infiltration. Si l'on presse la partie ainsi infiltrée, elle conserve l'impression des doigts ; la peau est alors ordinairement pâle et demi-transparente. Lorsque cette infiltration de sérosité est générale, on la nomme *anasarque* ou *leucophlegmatie;* elle prend le nom d'*œdème* lorsqu'elle est locale. L'épanchement d'air dans le tissu cellulaire, connu sous le nom d'*emphysème*, est une cause assez rare d'augmentation de volume du corps ; on le reconnait à une espèce de crépitation que la pression détermine. L'augmentation générale d'embonpoint n'est pas un symptôme, mais on ne doit pas passer sous silence la légère tuméfaction que la pléthore et les maladies inflammatoires occasionnent ordinairement.

On doit avoir égard à l'amaigrissement général, et surtout à la manière dont il se manifeste.

La consistance des chairs mérite aussi une attention particulière.

La peau, dont la couleur varie suivant une multitude de circonstances physiologiques, n'est pas susceptible de moins de changements dans l'état pathologique.

Elle est *pâle, sale, terreuse, livide, rosée, rouge, jaunâtre, jaune, jaune-paille, jaune-citron, verdâtre, verte, noire, violacée, bleue, marbrée,* etc. Elle se couvre d'éruptions multipliées, qui sont la plupart du temps des maladies elles-mêmes, et dont nous devons nous abstenir de parler en ce moment, et ne sont d'autres fois que des phénomènes accidentels, tels que les *pétéchies*, le *millet*, etc. Les premières ressemblent assez bien à des morsures de puces, dont le point central serait effacé ; elles ne font point de saillies sur la peau ; elles sont rondes, isolées, discrètes, quelquefois confluentes. Leur forme peut varier à l'infini ; je les ai vues dans les typhus revêtir toutes sortes d'apparences. Elles se montrent en général du troisième au septième jour, rarement plus tôt ou plus tard. Les bras, la partie antérieure de la poitrine sont les régions qu'elles occupent de préférence.

Lorsqu'on regarde attentivement un malade, jeune encore, dans la période d'accroissement d'une maladie aiguë, il n'est pas rare d'apercevoir sur diverses

régions, et principalement sur le thorax, une multitude de petites élévations semblables à des pointes d'épingles pour la grosseur, et à de petites gouttelettes d'eau limpide, pour la couleur et la transparence; c'est l'éruption miliaire dont les auteurs ont beaucoup parlé, et dont l'importance diminue beaucoup de nos jours. Lorsque les vêtemens laissent une trace, un sillon sur la peau, cette impression porte le nom de *plicature*. Les *phlyctènes* sont des vésicules plus ou moins volumineuses, et renfermant une sérosité claire.

Quant à la tête, elle présente aussi quelques symptômes, tels que sa déviation sur l'un des côtés, son inclinaison en avant ou en arrière, son augmentation et sa diminution de volume, soit générale, soit partielle; enfin, elle est le siége de quelques éruptions particulières.

Quelques médecins ajoutent un grande importance à la physionomie des malades. En effet, les maladies impriment à la face une multitude d'expressions variées. Toutes les passions peuvent s'y peindre. On a principalement distingué la *stupeur*, la *face vultueuse*, *grippée* et *hippocratique*.

La *stupeur* est caractérisée par un air distrait et abattu; les yeux sont ternes et sans expression; on a de la peine à obtenir quelques réponses des malades; ils paraissent indifférents sur leur état, et étrangers à ce qui les entoure. L'injection des diverses parties de la face, la distension des traits, des yeux, des lèvres, des joues, leur couleur rouge et quelquefois violacée, constituent la face *vultueuse*.

Les caractères inverses, la diminution de la figure, sa pâleur, lividité, la concentration des traits, leur alongement, appartiennent à la face *grippée*.

Enfin la face si improprement nommée *hippocratique*, parce qu'Hippocrate en a tracé le tableau d'une main supérieure, se distingue aux signes suivants : la proéminence excessive des saillies osseuses, la dépression des parties charnues, la couleur terreuse et plombée de la peau. Le nez est aigu, effilé; les yeux sont creux et ternes, les paupières à demi fermées, les tempes creuses, les pommettes saillantes, les oreilles froides et sèches, les lèvres pendantes, etc.

La face est souvent agitée de mouvements convulsifs, de tremblements, de contorsions; elle est le siège de déviations de tous genres, elle est quelquefois dans une immobilité complète; elle augmente ou diminue de volume avec le reste du corps, et dans les mêmes circonstances; ces symptômes peuvent cependant n'avoir lieu que dans cette région. On doit faire une attention spéciale à sa coloration : en effet, dans les maladies, les nuances de couleur que revêt la peau sont plus manifestes au visage que partout ailleurs. Elle rougit dans une multitude de cas, elle devient livide, violette; cette rougeur est générale ou bornée à certaines parties, comme aux deux pommettes ou même à une seule, etc. elle est constante, intermittente ou passagère. La face est souvent pâle, quelquefois jaunâtre, jaune de diverses nuances; enfin elle peut être envahie par des éruptions qui lui sont propres.

Les symptômes fournis par les yeux sont tellement nombreux et variés, qu'ils ont donné naissance à des traités spéciaux. M. Lœbenstein-Lœbel a fait un ouvrage assez volumineux sur l'*ophthalmoscopie*. Nous nous bornerons à quelques phénomènes importants que présentent les parties constituantes et les parties accessoires de l'œil. Il est superflu de dire quel est l'état naturel de ces parties; dans l'état de maladie elles éprouvent divers changements.

Leur expression, la plupart du temps en rapport avec celle de la face, peut être douce, menaçante, égarée, suppliante, etc. Le globe de l'œil est fixe, convulsé, contourné en haut, en bas, sur les côtés; son volume est ou paraît augmenté ou diminué. La cornée peut être rouge, injectée, jaune, bleuâtre, terne, etc.; elle offre quelquefois des taches, des excoriations, des phlyctènes, des collections purulentes.

La pupille est dilatée ou rétrécie, elle est mobile ou immobile, égale dans les deux yeux ou inégale; sa forme peut devenir accidentellement irrégulière.

Les autres changements appartiennent à des maladies spéciales de ces organes.

Les parties accessoires de l'œil méritent aussi notre attention. Un mouvement successif et rapide agite quelquefois les paupières; ces voiles se meuvent dans d'autres circonstances avec une extrême lenteur. Elles peuvent être complètement fermées; entr'ouvertes dans certains cas; enfin plus ouvertes d'un côté que de l'autre. Leur volume augmente et diminue d'une manière plus manifeste que celui des autres parties du corps. Elle peuvent être renversées en dedans ou en dehors, et circonscrites par un cercle ardoisé. La conjonctive peut être humide ou sèche, plus ou moins gonflée, et striée de matière muqueuse. Cette matière peut se sécher et donner aux yeux un aspect pulvérulent. On a ajouté plus d'importance qu'il ne fallait aux symptômes fournis par la caroncule lacrymale; ce petit organe se colore parfois d'un rouge intense, et d'autres fois devient plus ou moins pâle; il n'est pas très-rare de le voir se recouvrir de poils.

Les cils se dévient, se couvrent de chassie, et tombent dans quelques maladies. Les affections des voies lacrymales donnent lieu au gonflement, à la rougeur, à l'ulcération du sac lacrymal et au larmoiement.

Les sourcils se meuvent de diverses manières suivant les passions qui animent les malades, et quelquefois aussi lorsque la respiration est très-gênée.

Le front concourt à l'expression de la face; il se ride et se couvre de boutons, d'exostoses, etc. Les tempes se creusent; les artères qui les sillonnent battent souvent avec violence. Les joues peuvent être paralysées ou convulsées des deux côtés à la fois, mais plus souvent d'un seul; elles augmentent de volume et se couvrent, dans certains cas, de pustules rouges et persistantes. Le nez s'effile dans les maladies de long cours; il augmente de volume dans quelques inflammations locales ou générales; il devient rouge, luisant, quelquefois livide, et même peut se gangrener; les narines s'écartent et se rapprochent avec rapidité lorsque le malade respire avec beaucoup de peine; elles sont aussi fréquemment resserrées et immobiles; des croûtes, des gerçures se manifestent parfois à leurs orifices.

Les lèvres peuvent être pendantes, écartées l'une de l'autre, serrées, contractées, tremblantes, paralysées, convulsées, entraînées à droite ou à gauche, ou en sens contraire. Lorsqu'une des commissures est tirée d'un côté par une contraction convulsive, c'est le *spasme cynique;* c'est le *rire sardonique,* lorsqu'elles s'écartent l'une de l'autre par la même cause.

On a désigné par l'expression triviale de *fumer la pipe*, le mouvement subit en avant, et la séparation des lèvres, produits par l'expiration dans quelques maladies.

Leur volume augmente et diminue dans certaines maladies. Leur couleur, d'un rouge plus ou moins vif dans les affections aiguës, fait place à la pâleur dans les maladies chroniques, et même quelquefois

à une couleur bleuâtre. Les lèvres peuvent être sèches, lisses, fendillées, et se recouvrir d'un enduit sec, noirâtre, grisâtre ou brun.

De toutes les régions de la face, aucune n'est peut-être le siège d'un symptôme plus digne d'attention que la région parotidienne. Ce symptôme consiste dans la tuméfaction de ces parties, tuméfaction qui a son siège ou dans la glande elle-même, ou dans les tissus qui l'environnent : on lui donne le nom de *parotide*. Ce symptôme peut se montrer sur un seul côté, ou sur tous les deux en même temps.

Le volume et la couleur des oreilles varient dans les maladies. Elles sont rouges, livides, froides, vermeilles, brûlantes, etc. Le conduit auditif externe laisse échapper du mucus, du pus, du sang, des fragments osseux, etc. L'air expiré, passant par la trompe d'Eustache, sort par ce conduit lorsque le tympan est percé.

Les cheveux éprouvent aussi par la maladie quelques modifications notables. Ils tombent, ils deviennent sensibles, douloureux, se mêlent d'une manière inextricable, enfin changent de couleur. Il est des individus chez lesquels ils deviennent verts; mais ils blanchissent bien plus fréquemment par quelques causes accidentelles.

Le cou augmente et diminue de volume de la même manière que le reste du corps; il est aussi exposé à augmenter par quelques causes particulières. On ne doit pas négliger de noter la saillie et quelquefois les ondulations des veines jugulaires externes, non plus que le battement des carotides.

Le thorax paraît augmenter de capacité dans certaines affections, tandis que dans d'autres il diminue réellement, et quelquefois se vicie dans sa forme; il peut être plus volumineux d'un côté que de l'autre. La saillie des épaules a été observée par tous les médecins, ainsi que celle de quelques vertèbres; dans quelques cas, on aperçoit aussi sur le trajet de la colonne vertébrale, une tumeur molle, fluctuante, quelquefois semi-diaphane; enfin la fluctuation a été trouvée sensible dans les espaces intercostaux.

L'abdomen augmente de volume d'une manière générale ou circonscrite, passagère ou persistante; il peut faire entendre un bruit plus ou moins fort par la percussion. Si les gaz distendent le ventre outre mesure, on dit qu'il y a *ballonnement* ou *tympanite;* les hypocondres, l'épigastre, la région ombilicale, les flancs, l'hypogastre, peuvent être plus ou moins gonflés. Des tumeurs distinctes au toucher, et souvent à la vue, peuvent occuper ces diverses régions. Le ventre diminue aussi de volume d'une manière générale ou partielle. La consistance du ventre est souvent plus grande que dans l'état physiologique; enfin sa forme varie dans quelques affections des viscères qu'il contient. On observe aussi aux ouvertures ou anneaux situés sur ces parois, des tumeurs extérieures qu'on nomme *hernies*. Les aines sont le siège de tumeurs qu'on a appelées bubons, et d'abcès primitifs et consécutifs.

Les organes génitaux de l'homme et de la femme sont presque toujours le siège des symptômes primitifs de la vérole. Des écoulements, des chancres, des excroissances s'y développent; l'orifice de l'anus, ordinairement occupé par de tumeurs hémorrhoïdaires, est quelquefois envahi par des altérations analogues. Le pénis augmente de volume dans certaines maladies; la plupart du temps il tombe dans un état de flaccidité remarquable; il disparaît presque complètement dans quelques circonstances. Les testicules sont souvent augmentés de volume, rarement diminués; ils peuvent être rétractés près de l'anneau inguinal; l'épididyme peut être gonflé, la tunique vaginale distendue par du liquide, le scrotum considérablement tuméfié.

Des symptômes analogues s'observent aux parties génitales des femmes.

La plupart des symptômes qu'on remarque dans les membres peuvent être renvoyés à ceux que présente la *locomotion;* leur augmentation, leur diminution de volume, générale ou partielle, dans leurs articulations ou dans leur continuité; leur mobilité, leur immobilité, leurs changements de couleur, et quelques phénomènes que nous présentent les pieds et les mains, sont les seules choses à noter ici.

§ II. *Des changements que la maladie détermine dans les organes de la locomotion.*

Les os, organes passifs des mouvements, sont sujets à une multitude de maladies qui leur sont propres, et qui appartiennent à la pathologie externe. Nous pouvons cependant faire remarquer que la syphilis produit des tumeurs osseuses, qui ont reçu le nom d'exostoses; que le scorbut détermine le décollement des épiphyses et des cartilages; que le rachitisme occasionne le ramollissement général des os, ce qui donne naissance à des altérations de forme, à des difformités plus ou moins choquantes, ce qui gêne et empêche même tout-à-fait les mouvements.

Les symptômes fournis par les muscles, organes actifs des mouvements, sont d'une bien plus haute importance pour le médecin.

La plupart des maladies abattent les forces musculaires; il en est peu qui les exaltent. En effet, presque toujours les malades sont faibles et fatigués; ils ne peuvent soutenir le moindre exercice; la marche, la station leur sont non seulement impossibles, mais il en est qui ne peuvent ni se mettre à leur séant, ni même mouvoir leurs membres supérieurs. L'abolition complète des mouvements constitue la *paralysie*, qui peut être générale, occuper la moitié latérale du corps (c'est l'*hémiplégie*), ou sa moitié inférieure (c'est la *paraplégie*), le bras d'un côté et la jambe de l'autre (c'est la *paralysie croisée*), enfin n'attaquer qu'un bras ou qu'une jambe, que la langue ou que la paupière, ou même qu'une partie d'un organe. La paralysie peut être complète ou incomplète, durable ou passagère, survenir tout-à-coup ou lentement, etc.

Les mouvements peuvent d'ailleurs offrir des troubles variés, une sorte de tremblement qui peut être occasionné par une multitude de causes diverses; la raideur, qui peut avoir le même siège que la paralysie, ainsi que la contracture caractérisée, par une rigidité permanente des muscles; la crampe, qu'il est superflu de décrire; le soubresaut, qui consiste dans une secousse, une contraction subite, instantanée, des muscles d'un membre, et surtout du membre thoracique, et qui se reconnait aux mouvements dont les tendons superficiels de ces muscles sont agités; la carphologie ou carpologie, mouvements automatiques, sans but, sans motif, que le malade exécute pour chercher dans l'espace des corps qui n'existent pas, pour ramasser sur sa couche des objets imaginaires, etc.; les convulsions, qu'on a distinguées en cloniques ou en toniques, dont les premières présentent des contractions violentes, involontaires, avec alternative de relâchement. Ces convulsions agitent les membres dans tous les sens; les mouvements qu'elles produisent sont excentriques ou concentriques; le tronc s'abaisse, se soulève, exécute des contorsions, des ondulations

semblables à celles des reptiles. Il y a des malades qui se lèvent et qui tournent avec rapidité les bras étendus, ou pressent sur leur corps une chaise ou tout autre meuble tombant sous leurs mains, etc. Les convulsions peuvent avoir le même siège, et offrir d'ailleurs les mêmes variétés que les diverses espèces de paralysies. Dans les secondes (les convulsions toniques), il n'existe pas de relâchement, la contraction est permanente, l'immobilité qui en résulte est très-difficile et souvent impossible à vaincre; c'est ce qui constitue le tétanos, auquel on a donné dans les écoles des noms barbares, selon que la contraction courbe le corps en avant, en arrière, ou sur les côtés. Ces distinctions puériles méritent peu d'être conservées. On l'a nommé *trismus* lorsqu'il est borné aux muscles élévateurs de la mâchoire. On conçoit que les convulsions toniques permanentes peuvent offrir les mêmes variétés que les précédentes.

La catalepsie, qui présente le singulier spectacle d'un individu qui conserve immobile la position qu'il avait en perdant connaissance, ou celle qu'on lui imprime consécutivement.

La danse de Saint-Gui ou de Saint-Weith, suite irrégulière de mouvements désordonnés, dont les uns, volontaires, tendent au but que le malade veut atteindre, dont les autres, involontaires, l'en éloignent irrésistiblement.

Enfin une anomalie de contractilité, qui empêche d'exécuter des mouvements réguliers, lors qu'on y procède avec lenteur, ce qui n'arrive pas lorsqu'on agit avec promptitude.

§ III. *Des changements que la maladie détermine dans les organes de la voix et de la parole.*

Peut-être le sujet dont nous allons nous occuper serait-il mieux placé à la suite des symptômes respiratoires. Il existe entre la voix, la parole et la respiration, une connexion si intime, une dépendance si grande, qu'il semblerait plus naturel d'en traiter aussitôt après cette fonction. En effet, l'une et l'autre dépendent à peu près des mêmes organes, et exigent à peu près aussi les mêmes moyens d'exploration. Quoi qu'il en soit, l'usage a prévalu, et la voix et la parole étant sous l'influence immédiate de la volonté, caractère principal qui sépare, comme on le sait, les deux vies, étant d'ailleurs des moyens éminents de relation, de communication, on les a rangées, non sans raison, au nombre des fonctions de la vie extérieure.

Il est rare que la voix devienne plus forte dans les maladies; mais elle s'affaiblit sensiblement dans un grand nombre de circonstances; on la voit souvent complètement abolie. c'est l'*aphonie*. Lorsque les malades meuvent les lèvres, comme s'ils voulaient parler, sans cependant proférer de paroles, on dit qu'il y a mussitation. La voix peut changer de ton, devenir aiguë, sifflante, rauque, enrouée, nasonnée, fausse, discordante; on voit même certains malades imiter les cris et les chants des animaux.

La maladie peut donner naissance à la parole tremblante, à l'hésitation, au bégaiement, qu'il est inutile de définir. La parole est souvent brusque, prompte, d'autres fois lente; les malades sont fréquemment *loquaces*, etc.

On donne le nom de mutisme à la perte de la parole que n'accompagne pas celle de la voix; on peut être *muet* sans être *aphone*, et aphone sans être muet.

L'homme sain, qui parle ou qui chante, fait entendre par le cylindre une espèce de frémissement; dans certains cas cet effet cesse, la voix semble monter par le stéthoscope, parvient par cette voie à l'oreille appliquée sur l'instrument, et ne frappe plus l'oreille libre. Ce symptôme porte le nom de *pectoriloquie;* elle peut être *parfaite, imparfaite, douteuse*, offrir diverses modifications, se changer en *égophonie*, en *pectoriloquie chevrotante* et en tintement métallique.

La *pectoriloquie* est *parfaite* lorsque la voix monte directement par le tube, comme si le stéthoscope était appliqué sur la trachée-artère: elle est *imparfaite* lorsque sur un point de la poitrine la voix est bien plus forte qu'à l'oreille nue; elle est *douteuse*, si la voix du malade paraît un peu plus aiguë, se fait entendre par le cylindre sans le traverser complètement. Ces divers bruits peuvent être continus ou intermittents.

Si la pectoriloquie semble traverser un tube d'airain avec un chevrotement remarquable, c'est l'*égophonie*, qui peut être aussi continue ou intermittente.

§ IV. *Des changements que la maladie apporte dans les organes de la sensibilité et des sensations.*

L'état de maladie peut augmenter la sensibilité et la diminuer; mais la perversion de cette fonction, qui constitue la douleur, est bien plus fréquente, et mérite bien davantage l'attention du médecin. La douleur se présente avec des caractères particuliers dans les diverses maladies. On dit qu'elle est tensive lorsqu'elle fait éprouver un sentiment de distension; elle est gravative, où elle occasionne une espèce de pesanteur; elle est pulsative, si le malade ressent des pulsations; lancinante, s'il éprouve des élancements, contusive, si elle ressemble à celle qui succède à une contusion; brûlante, à celle que produirait un corps incandescent; prurigineuse, c'est la démangeaison. La douleur est caractérisée quelquefois par une espèce de fourmillement, de picotement; elle est déchirante, pénétrante, pongitive; enfin les sensations qu'éprouvent les malades peuvent être comparées à celles qu'occasionneraient des dilacérations, des griffes et des barres de fer, des poids énormes, des boules, etc. L'intensité de la douleur est variable suivant les maladies, suivant les individus, et suivant différentes causes; celle-ci augmente par le froid, celle-là par le chaud : la pression exaspère l'une et soulage l'autre; le mouvement produit les mêmes effets.

La douleur peut être continue, rémittente, intermittente ou périodique, générale ou partielle, fixe ou mobile, fugace ou persistante, aiguë ou chronique, etc.

Elle a encore reçu différents noms, suivant la région qu'elle occupe; on lui a donné les noms de céphalalgie, migraine, otalgie, odontalgie, cardialgie, épigastralgie, colique, néphralgie, hépatalgie, rachialgie, névralgie, etc., suivant qu'elle occupe la tête, l'une des deux moitiés de la tête, l'oreille, les dents, le cardia, l'épigastre, les intestins, les reins, le foie, le rachis, les nerfs, etc.

Il arrive souvent que dans l'état morbide les sensations sont troublées; l'impression des objets extérieurs fatigue; les perceptions sont confuses et fausses. Les fonctions des organes des sens sont exaltées, diminuées, abolies et perverties.

Pour la vue, sa perversion consiste à montrer des objets qui n'existent pas, tels que des étincelles, des mouches, des toiles d'araignées, des ombres; à changer la forme, la couleur, la position, le volume des objets réels; à ne faire voir que la moitié des corps ou à les doubler.

Pour l'ouïe, elle consiste à faire entendre des sons illusoires, tels que des voix, des chants, des percus-

sions, le bruit des cloches, des vents, d'eau courante, des sifflements, des tintements, des instruments de musique, ou à dénaturer des sons réellement produits,

Pour l'odorat, on observe les mêmes modifications, ainsi que pour le goût ; il n'est pas rare que les malades trouvent une saveur acide, fade, amère, douceâtre, salée, cuivreuse, aux boissons dont ils font usage, etc. Le toucher est aussi exposé aux mêmes anomalies.

§ V. *Des changements que la maladie apporte dans les affections morales.*

De tout temps on a remarqué que l'état de maladie changeait le caractère. Il est presque trivial de dire que tout individu malade devient triste, inquiet, morose, taciturne; il faut un grand empire sur soi pour ne pas témoigner son impatience lorsqu'on souffre, et peu d'hommes sont capables de cet effort. Les femmes, qui semblent par leur organisation destinées à souffrir, supportent leurs maux avec plus de résignation, et beaucoup sont en proie à la douleur, dont le visage n'exprime rien, et même laisse souvent entrevoir une apparente sérénité. Dans quelques maladies, les individus deviennent plus affectueux, plus sensibles; mais si les témoignages d'intérêt et d'amitié les touchent profondément, ils ne sont pas frappés moins vivement par le manque d'égards et de prévenances. Dans certains cas, cette sensibilité est considérablement diminuée et même presque entièrement abolie au point d'être indifférents sur leur propre sort; des amis, des parents chers, dans l'état de santé, peuvent devenir indifférents et même insupportables dans la maladie, et réciproquement. Des personnes fermes et courageuses sont faibles et pusillanimes; des individus doux deviennent acariâtres; les timides, audacieux, etc.

Des changements que la maladie apporte dans les fonctions intellectuelles.

Les fonctions de l'intelligence sont troublées dans leur ensemble ou séparément. Il n'est pas rare de voir des individus chez lesquels la mémoire, le jugement ou l'imagination sont pervertis; mais le plus ordinairement l'altération porte sur l'ensemble des facultés intellectuelles. Leur exaltation s'observe dans quelques maladies, mais leur affaiblissement est bien plus ordinaire. C'est vainement que vous sollicitez l'attention de celui-ci, il ne vous écoute, il ne vous entend pas; il oublie la question qu'on vient de lui adresser; s'il répond, c'est avec une lenteur extrême, et rarement sa réponse est-elle juste; ses traits sont impassibles, ses regards distraits, sa physionomie indifférente, hébétée.

L'intelligence est quelquefois entièrement abolie; mais sa perversion, qui constitue le délire, est infiniment plus commune.

On a distingué une multitude d'espèces de délire. Un délire intérieur, caractérisé par une espèce de marmottement, de monologue, ou de conversation avec les absents, par des mouvements automatiques, etc., un délire extérieur, dans lequel les rapports des malades avec ce qui les entoure sont entièrement désordonnés; un délire général ou complet, roulant sur tous les objets; un délire partiel ou même exclusif; un délire constant, passager, intermittent, périodique; un délire doux, tranquille; un délire furieux; un délire gai, un délire triste, léger, dont on peut plus ou moins tirer les malades; profond, qu'on ne peut faire cesser; idiopathique ou symptomatique, fugace ou durable, aigu ou chronique. En général, les malades perdent le souvenir de ce qu'ils ont fait ou dit pendant leur délire; quelquefois ils se le rappellent d'une manière confuse ou assez claire.

Dans quelques circonstances, les fonctions de l'encéphale, telles que les sensations, l'intelligence, la conscience des objets extérieurs, cessent plus ou moins complètement leur exercice, sans que pour cela l'individu soit dans le sommeil. La perte de connaissance est le phénomène principal qui caractérise cet état.

On nomme *lipothymie* cette suspension des fonctions encéphaliques, lorsqu'elle est accompagnée de la diminution très-sensible de la respiration et de la circulation, avec pâleur de la face et résolution des membres; et *syncope*, lorsque la respiration et la circulation sont entièrement suspendues. On devrait peut-être y joindre l'*asphyxie*, qui consiste aussi dans l'interruption de toutes les fonctions, mais ordinairement avec lividité de la face.

Les *vertiges* ne sont qu'une perversion de la perception; il semble au malade que les objets tournent auteur de lui; il existe assez fréquement avec les vertiges un sentiment de défaillance et des battements de cœur.

§ IV. *Des changements que la maladie apporte dans le sommeil.*

Dans la maladie le sommeil peut être plus long et plus profond que dans l'état physiologique, mais l'insomnie est un symptôme bien plus fréquent. En effet, quoiqu'il ne soit pas toujours entièrement suspendu, le sommeil est au moins diminué dans la plupart des affections. Il peut être troublé par des songes et par le cauchemar ou incube. Le sommeil cesse quelquefois brusquement; le réveil a lieu en sursaut; enfin, destiné à réparer les forces, il ne remplit pas son objet dans certaines circonstances où il n'est pas rare que le malade s'éveille plus fatigué qu'avant de dormir.

Il est un état intermédiaire entre le sommeil et la veille, état où l'individu ne peut ni veiller ni dormir, auquel on a donné le nom de *somnolence*.

Lorsque le sommeil est lourd et pesant, que le réveil est difficile, on le nomme *sopor* ou *cataphora;* on se sert peu de ces expressions aujourd'hui. Le mot de *coma* est bien plus usité; il désigne un sommeil plus lourd et plus profond que le précédent mais dont on peut encore tirer le malade. On en a distingué deux espèces; dans l'une, l'individu semble rêver, il délire, c'est le *coma vigil;* et le *coma somnolentum*, dans lequel le malade parle seulement quand on l'éveille. Il est encore des degrés d'un sommeil plus profond; on les a désignés sous le nom de *léthargie* et de *carus*.

Dans l'état carotique il est totalement impossible d'éveiller le malade; dans la léthargie cela n'est pas complètement impossible, mais il retombe tout de suite dans le même état, et n'a aucune conscience de ce qui se passe.

TROISIÈME SECTION.

DES CHANGEMENTS QUE LA MALADIE DÉTERMINE DANS LES FONCTIONS GÉNÉRATRICES.

Les organes génitaux et leurs fonctions nous offrent un petit nombre de symptômes, surtout chez l'homme; en effet, chez lui la sécrétion du sperme

est rarement augmentée, elle est diminuée dans la plupart des maladies: son excrétion est quelquefois douloureuse, difficile, involontaire, etc. Tels sont à peu près les seuls phénomènes que ces fonctions présentent. Nous n'entendons pas parler des maladies qui affectent les organes de la reproduction.

Chez la femme, les menstrues, les lochies, et même la sécrétion du lait, donnent lieu à des symptômes bien plus importants et bien plus nombreux. Le flux menstruel est quelquefois très-abondant; cette hémorrhagie peut arriver, non seulement aux époques menstruelles, mais même dans les intervalles. La quantité de sang qu'une femme perd à chaque époque des règles est souvent diminuée et quelquefois entièrement supprimée. Et le moment où les menstrues arrivent est fréquemment dérangé, soit qu'elles se montrent plus tôt, soit qu'elles viennent plus tard que dans l'état naturel. Enfin l'on a plusieurs fois observé des déviations menstruelles bien singulières; les règles ont paru par toutes les ouvertures naturelles, quelquefois entre les ongles, par le grand angle de l'œil, par les oreilles, par des plaies, et même par des cicatrices.

On observe pour les lochies des modifications analogues.

La sécrétion du lait est souvent diminuée; son augmentation n'a jamais été observée. Quant à sa déviation, elle a été généralement rejetée dans ces derniers temps. On a dit que la présence du lait dans quelques abcès, dans certaines péritonites, et dans quelques exhalations intestinales et vaginales, n'était qu'apparente et illusoire; que ces fluides, prétendus laiteux, existaient chez l'homme comme chez la femme, et que l'analyse chimique n'avait jamais démontré la présence des principes, des matériaux du lait. Ces raisons paraissent péremptoires : on pourrait cependant objecter que, si l'on admet des hémorrhagies supplémentaires, c'est-à-dire le sang menstruel, par exemple, se portant sur les bronches, sur l'estomac, etc.; si l'on admet la rétrocession de la goutte, et celle de toutes sortes d'exanthèmes, la disparition subite d'une phlegmasie nouvelle, etc.; si l'on admet la présence de la bile dans le sang et dans tous les tissus, nous ne voyons pas pourquoi il y aurait une exception pour le lait. D'une part, pourquoi les vaisseaux absorbants ne pourraient-ils pas transporter ce liquide, tout formé, dans les diverses parties du corps? et d'autre part, une irritation éloignée, produite par quelque cause que ce soit, ne peut-elle pas appeler à elle les matériaux destinés à la sécrétion du lait? Nous ne voyons aucune raison physiologique, *organique* qui s'oppose à admettre ce phénomène. Et de ce qu'on observe chez l'homme des abcès ou des écoulements qui ont la même apparence, est-ce une raison pour que ces phénomènes soient identiques?

Quant à l'appétit vénérien, il subit dans les maladies les mêmes modifications que les autres fonctions.

QUATRIÈME SECTION.

MANIÈRE D'INTERROGER, D'EXAMINER UN MALADE, ET DE TRACER UNE OBSERVATION.

Rien n'est peut-être plus embarrassant pour un jeune médecin, qui débute dans l'exercice de sa profession, que la manière d'examiner et d'interroger un malade. Cette partie de l'art, sans contredit la plus importante, puisque sans elle il n'y a ni diagnostic sûr, ni traitement raisonnable, est cependant tellement négligée qu'il est peu de praticiens, même parmi les plus exercés, qui s'en acquittent d'une manière satisfaisante. On a souvent à souffrir de l'incohérence et du désordre de leurs questions, de leur incertitude, de leur hésitation; dépourvus de bases certaines, on les voit passer sans motif d'un objet à un autre, sans qu'on puisse y trouver aucun rapport. Ils répètent sans nécessité les mêmes questions, souvent oiseuses; ils en oublient d'importantes, de majeures; ils confondent les objets les plus disparates, et séparent les plus analogues, et pour comble de malheur, ne rencontrent qu'obscurité, ne parviennent que par hasard à un diagnostic juste, et à des indications curatives rationnelles. Tous ces désavantages sont le résultat du défaut d'ordre, de méthode.

Quant à la manière de tracer le tableau d'une maladie, comme elle a le plus grand rapport avec celle d'explorer le malade, elle se ressent des vices que nous venons de signaler.

Frappé de ces graves inconvénients, nous avons depuis long-temps fixé notre attention sur cette matière, et dès 1814 nous en avions fait le sujet d'un mémoire inédit jusqu'à ce jour, qui reçut alors l'approbation de M. le professeur Pinel; nous en extrairons les principales idées.

Ce que l'on fait d'abord, et pour ainsi dire malgré soi, lorsqu'on approche d'un malade, c'est d'examiner son état extérieur. Sa physionomie attire l'attention la première; par ce premier coup d'œil, en quelque sorte involontaire, on prend une idée de l'âge du malade, de sa force, de l'état de son moral, etc., circonstances de la plus haute importance pour établir surtout son pronostic, et tirer ses indications thérapeutiques. Quelques médecins prétendent aussi que cet examen conduit à la connaissance de la maladie, prétention qui nous paraît exagérée. Cette première exploration ne doit pas se borner à la tête; le médecin doit porter un regard attentif sur toutes les régions du corps. C'est alors seulement que l'observateur peut porter un jugement sur la stature, la configuration du corps, son volume, sa couleur, ses éruptions, sa consistance, ses difformités, les cicatrices qui le couvrent, etc.; qu'il peut se former une idée juste de la force du sujet par le développement de ses membres et de ses cavités, etc. Malheureusement cet examen si utile ne peut avoir lieu que dans un petit nombre de cas. Dans les hôpitaux, on ne peut le faire que sur des hommes; la décence s'oppose à ce qu'on y soumette les femmes; et dans le monde il n'est guère praticable dans aucun cas. Cependant on ne peut se dispenser d'examiner au moins la partie douloureuse, sous peine de commettre de graves erreurs. Quelques exemples feront mieux comprendre l'utilité de l'investigation que nous recommandons. Une femme âgée, d'une intelligence bornée, était entrée à l'infirmerie de notre hospice pour y recevoir nos soins; elle se plaignait d'une douleur très-vive à l'abdomen, vers la fosse iliaque gauche. La face était animée, la peau chaude, halitueuse; le pouls fort, fréquent; la langue sèche, la soif assez vive; d'ailleurs, fonctions digestives dans l'état naturel. Peu ou point de changements dans les autres fonctions organiques ou animales. La douleur abdominale était très-sensible à la pression, et par les mouvements. Voici quel fut notre diagnostic. Les phénomènes de réaction (la force du pouls, la coloration du visage, la soif, etc.), annoncent un état aigu assez prononcé, sans doute inflammatoire; les signes locaux annoncent que l'abdomen est le siège de la maladie; mais les fonctions digestives sont dans l'état normal, ce n'est donc pas dans les

organes digestifs que l'inflammation a son siège ; la pression la plus légère est douloureuse, donc la maladie est superficielle ; les mouvements sont douloureux, donc les organes des mouvements sont affectés : *ce sont les muscles des parois abdominales qui doivent être malades*, bien que, chez les vieillards surtout, les rhumatismes ne donnent pas lieu à des phénomènes généraux si développés. Satisfait de ce raisonnement, nous nous éloignâmes de la malade après avoir fait une prescription, qui consistait dans une infusion légère de bourrache, un lavement, la diète et le repos, lorsqu'un élève, ayant soulevé la chemise, vint nous prévenir qu'*il existait un zona.* Cette leçon nous fit sentir plus que jamais la nécessité d'*appliquer nos sens, les seuls moyens d'une instruction positive.* La méprise n'était pas grave, la prescription convenait également, nous la laissâmes ; mais le fait ne fut pas perdu pour nous.

Depuis lors, dans tous nos cours de clinique, le hasard a voulu que nous ayons pu mettre cette leçon en action. Des malades portant des éruptions analogues, se sont offerts à notre observation ; nous les avons fait interroger publiquement par de jeunes médecins fort instruits, très-attentifs, et, qui plus est, prévenus qu'on leur faisait des questions insidieuses. Chaque fois ils ont interrogé les malades, en négligeant de *regarder* l'endroit douloureux, et chaque fois le diagnostic a été erroné, comme il devait l'être en effet.

Une malade ayant fait une chute sur le pommeau d'une chaise, éprouvait une douleur dans la région latérale, moyenne, gauche du thorax ; il existait de la toux très-douloureuse, de l'expectoration, des crachats sanguinolents ; des phénomènes de réaction très-prononcés. La douleur était très-vive au toucher. Un des élèves les plus instruits, les plus exercés, les plus attentifs, fut chargé d'examiner la malade ; voici quel fut son diagnostic :

La toux, le crachement de sang, ne permettent pas de penser que la maladie ait un autre siége que les organes respiratoires, et vraisemblablement le poumon ; la douleur de côté, très-vive, et par la pression, et par les actes respiratoires, pourait bien être dans les parois thoraciques ; mais la force, la fréquence du pouls, la coloration de la face, la chaleur de la peau, la soif, indiquent une lésion plus profonde (la percussion n'avait pu être pratiquée, à cause de la vivacité de la douleur ; le cylindre faisait entendre le râle crépitant) : je crois qu'il existe une *pleuro-pneumonie.* C'était assurément raisonner dans les principes les plus justes, les plus sévères de l'art du diagnostic : eh bien ! *il existait une fracture de côtes.* Assurément l'examen attentif du lieu malade aurait suffi pour faire éviter cette erreur, qui, étant arrivée publiquement, servit de leçon et à l'observateur et aux assistants. Examiner l'état extérieur du malade, et surtout les parties souffrantes, est donc une source féconde de résultats utiles.

Parvenir le plus promptement et le plus sûrement possible à la connaissance de la maladie et à celle des indications curatives, tel est le but qu'on se propose en examinant un malade. Il est des médecins qui procèdent longuement à cette interrogation. Dans quelques cas bien rares, cette méthode peut avoir de l'avantage. Les gens du monde aiment beaucoup que l'on s'occupe d'eux ; ils aiment à entretenir leur médecin des moindres circonstances de leur constitution, de leurs maladies antécédentes, de leur manière de vivre, etc. Le médecin, en écoutant avec complaisance ces détails surabondants, en les sollicitant même, attire la confiance de son malade, fait naître l'espoir qu'il pourra le guérir, et produit par cela même une disposition cérébrale favorable à la résolution de la maladie ; car le cerveau, comme nous l'avons dit souvent, tenant sous sa dépendance médiate ou immédiate tous les autres organes de l'économie, on concevra sans peine que sa disposition, bonne ou mauvaise, exercera sur eux une influence salutaire ou nuisible. Mais combien n'est-il pas de circonstances où une semblable manière d'interroger peut entraîner des suites fâcheuses ? Dans toutes les maladies, des organes respiratoires, par exemple, telles que l'hémoptysie, la péripneumonie, la pleurésie, le catarrhe, la phthisie, n'est-il pas très-dangereux de porter le malade à parler long-temps ? Si vous exercez ainsi un organe souffrant, la maladie n'en sera-t-elle pas exaspérée ? Le crachement de sang ne deviendra-t-il pas plus abondant ? S'il cesse, ne recommencera-t-il pas ? L'inflammation du tissu du poumon, celle de la plèvre, celle de la membrane muqueuse, ne seront-elles pas portées à un plus haut degré d'intensité ? Et dans ces cas, l'homme de l'art, dont le ministère est de soulager, de diminuer les douleurs, de guérir en un mot, ne deviendra-t-il pas lui-même une déplorable cause de douleur et de mort ? Ce que nous disons des affections thoraciques, s'applique tout aussi rigoureusement à la plupart des maladies du cerveau. Là, en multipliant vos questions, vous agissez directement sur l'organe qui souffre. Il est donc très-important, dans la majorité des cas, de faire le moins de questions qu'il est possible, et d'arriver le plus promptement que l'on peut à la connaissance de la maladie.

La première question que l'on doit adresser à un malade est celle-ci : *Où avez-vous mal ?* Cette question, qui paraît si simple d'abord, est cependant encore la meilleure après y avoir long-temps réfléchi. Les malades ont la plus grande tendance à donner leur opinion sur leurs maladies. L'un vous dira qu'il a les nerfs malades, l'autre que la bile le tourmente ; celui-ci le sang, celui-là les humeurs ; les femmes, qu'elles ont un lait répandu et autres niaiseries de la même espèce. On ne manquerait pas d'obtenir l'une de ces réponses, si, au lieu de poser la question ainsi que nous le conseillons, on demandait : *Qu'avez-vous ?* On sent bien que si le malade répond, *J'ai mal aux nerfs*, etc., vous ne serez guère plus avancé qu'avant la question ; en demandant au contraire au malade où il a mal, il est rare qu'il n'indique pas la fonction et l'organe malades, ce qui est déjà un grand pas fait vers la connaissance de la maladie. Malgré la précision de cette question, il est souvent fort difficile d'empêcher les malades de divaguer et de débiter leurs rêveries. Quelquefois aussi ils prennent un organe pour un autre ; ils accusent un mal d'estomac lorsque c'est la poitrine qui souffre, etc. Il est important, pour éviter toute méprise, de leur faire appliquer la main sur l'endroit de la douleur. Après cette première question, il en est une autre non moins avantageuse ; elle abrége prodigieusement le travail qu'il faut faire pour discerner la maladie qu'on cherche à reconnaître. Cette question est éminemment analytique : *Depuis combien de temps êtes-vous malade ?* Les maladies, ainsi que nous aurons occasion de le dire, sont aiguës ou chroniques, c'est-à-dire durent peu ou long-temps.

Si l'on apprend que la maladie est récente, on ne devra plus fixer son attention que sur les maladies aiguës ; on mettra de côté toutes les maladies chroniques qui frappent le même organe. Prenons un

exemple. Les maladies aiguës du cerveau sont, la congestion, l'inflammation des méninges, celle de la substance cérébrale, l'hémorrhagie, le ramollissement; ses maladies chroniques sont, les tubercules, le cancer, les acéphalocystes, les tumeurs osseuses des parois du crâne, les fongus de la dure-mère, les affections générales de cet organe, telles que l'hystérie, l'épilepsie, la catalepsie, etc. Eh bien! si la maladie n'existe que depuis peu de jours, on conclura qu'elle est aiguë, et l'on mettra sur-le-champ de côté toutes celles que nous venons d'énumérer en dernier lieu. On n'aura plus à s'en occuper; il ne restera plus à examiner que quatre ou cinq affections, la congestion, la méningite, l'encéphalite, l'apoplexie, etc., dont il ne sera pas difficile de reconnaître les signes différenciels. Si la maladie dure depuis long-temps, laissant à part les maladies aiguës, il ne restera plus à s'occuper que des affections chroniques, le tubercule, le cancer, le fongus, etc., dont on cherchera les différences. On voit, par ce que nous venons de dire, que cette question n'est guère moins utile que la première.

Maintenant, lorsqu'on connaît quelle est la fonction lésée, on doit en poursuivre l'examen jusqu'à ce que l'on ait passé en revue tous les phénomènes morbides qu'elle peut présenter. Lorsque cet examen est achevé, vous passez à la fonction ou à l'organe qui exerce sur celui qu'on vient d'explorer ou qui reçoit de lui l'influence la plus marquée; on doit apporter dans cette recherche le même soin, la même attention que pour la précédente. Enfin on passe tour à tour en revue, sans rien omettre, tous les organes, toutes les fonctions à peu près dans l'ordre que nous les avons exposés dans la symptomatologie. Il s'en faut de beaucoup que ce précepte puisse être impunément négligé. D'abord on acquiert par ce moyen la connaissance précieuse des phénomènes sympathiques. Lorsqu'un organe est profondément affecté, il réagit sur les autres organes, en trouble l'action et quelquefois la texture; comment reconnaîtra-t-on ces altérations consécutives, si l'on n'examine tous les organes et toutes les fonctions?

En second lieu, par ce moyen on parvient à reconnaître les maladies concomitantes.

Il arrive souvent qu'il existe chez un même individu plusieurs maladies. A l'interrogation, il indique l'une de ces maladies; si le médecin se contente du diagnostic de cette première affection, il méconnaîtra complètement les autres, et pourra traiter son malade de la manière la plus nuisible; et si la mort enlève cet infortuné, il reconnaîtra, mais trop tard, son erreur funeste. Ce que nous supposons ici n'arrive par malheur que trop souvent. Satisfait d'avoir reconnu une maladie, on ne pense pas, on ne peut s'imaginer qu'il puisse en exister d'autres. Nous ne croyons donc pas pouvoir insister trop sur ce précepte, qu'il faut examiner tour-à-tour, avec l'attention la plus soutenue, la plus scrupuleuse, toutes les fonctions et tous les organes de l'économie animale.

Lorsqu'on a de la sorte exploré le malade, on doit chercher à reconnaître l'état des divers organes renfermés dans ses cavités; pour cela on doit percuter, *ausculter* la poitrine, palper l'abdomen, etc.

La percussion du thorax s'exécute de la manière suivante : Le malade doit être assis, et présenter avec le plus de saillie qu'il peut la partie du thorax que l'on doit percuter; si l'on percute le dos, la tête doit être penchée, l'épine courbée, les bras portés en avant; dans cette attitude, le dos offre le plus grand développement possible, et les muscles qui le recouvrent ne forment qu'une couche très-mince; si l'on percute le côté, les bras seront alternativement portés sur la tête, le corps incliné successivement du côté opposé à celui qu'on explore. Pour la partie antérieure, il est plus avantageux que le malade soit couché, les bras écartés du torse. Il est inutile de dire qu'il ne doit conserver que le moins de vêtements possible.

Le médecin, après avoir réuni ses doigts en forme de cône, ou après les avoir fléchis sans les réunir, frappe successivement les diverses régions du thorax, en ayant soin de ne comparer entre elles que les parties correspondantes des deux côtés, et de frapper ces parties sous un angle égal; de ne pas comparer le son que rend la percussion exercée sur des intervalles intercostaux avec celui qu'on obtient de la percussion sur les côtes; de proportionner la force de la percussion à l'épaisseur des parois thoraciques, et surtout au degré de sensibilité du malade. Il est des cas où la douleur est telle, qu'on doit toujours s'abstenir de ce mode d'exploration.

Lorsqu'on percute de la sorte la poitrine d'un homme sain, on obtient un son qu'on peut comparer à celui d'un tambour couvert d'un drap épais. Cette résonnance est surtout sensible aux parties antérieures, supérieures et latérales du thorax; elle l'est moins dans le dos, sur les omoplates, dans la région du cœur, et dans celle du foie. Dans quelques maladies thoraciques, ce résonnement, qui dépend de la présence de l'air dans les cellules pulmonaires, cesse, et quelquefois augmente. Dans le premier cas, l'on obtient un son mat, que les auteurs ont comparé à celui que donnerait la percussion de la cuisse; alors on doit conclure : 1° que l'air ne pénètre plus dans le tissu du poumon; 2° qu'une tumeur ou du liquide se sont interposés entre le poumon et les parois de la poitrine. Si, en faisant changer le malade de position, le son mat paraît changer de place et occuper la partie la plus déclive, et le son clair la partie la plus élevée, on pourra en tirer la conséquence que la cause de la matité est un corps fluide.

La percussion est un de nos moyens explorateurs les plus sûrs et les plus avantageux; il est rare qu'il induise en erreur ceux qui l'exercent avec habileté; mais il faut se garder de prononcer sur une différence trop peu marquée : pour que le signe soit d'une grande valeur, il faut que les oreilles les moins exercées puissent reconnaître la différence des sons rendus par les deux côtés du thorax, et cela a lieu dans un grand nombre de cas.

Quant à l'augmentation de la résonnance, elle dépend de ce que la cavité thoracique contient plus d'air que dans l'état naturel : nous aurons occasion de revenir sur ce sujet. Nous devons nous borner à dire dans ce moment que ce phénomène peut donner lieu à une erreur singulière : il peut faire croire que le côté qui résonne le mieux est le côté sain, et que celui qui résonne le moins est le côté malade, ce qui serait l'inverse de la réalité.

Mais si la percussion est un moyen si utile, il s'en faut de beaucoup qu'il soit sans inconvénients. D'abord, il force à donner au malade une position très-fatigante, laquelle peut, par les efforts qu'elle exige de la part du malade, exaspérer les accidents; en second lieu, les affections aiguës de la poitrine, pour lesquelles on la pratique surtout, arrivant en général dans la saison froide de l'année, il est à craindre que l'impression de l'air sur la poitrine presque à nu du malade n'agisse encore dans le sens de la cause, et n'augmente la maladie. Enfin, on doit redouter le même danger de l'acte lui-même,

puisqu'en frappant sur une région si voisine du mal, il est impossible que la partie souffrante n'en reçoive pas quelque ébranlement fâcheux. Ces inconvénients sont tels, qu'ils balancent, pour ainsi dire, les avantages de ce procédé; du moins pensons-nous qu'on ne doit en faire usage que le plus rarement possible, et seulement lorsque le diagnostic est obscur, et que les lumières qui peuvent en résulter peuvent fournir quelques indications importantes. Toutes les fois que le diagnostic est assez clair, on doit s'en abstenir.

Dans ces derniers temps, M. Piorry a imaginé d'opérer la percussion en appliquant, sur la région qu'il veut explorer, une lame mince de bois, de métal ou d'ivoire; par ce moyen il évite, dit-il, les inconvénients de la percussion immédiate, et il obtient des résultats bien plus exacts et bien plus précis.

La percussion médiate est moins douloureuse que la percussion directe; les ébranlements et les commotions d'organes sont à peine sensibles : on peut s'en servir sur les vêtements, sur les parties molles; les épaules, les mamelles, l'abdomen, peuvent être percutés avec fruit; la sérosité infiltrée, dans les parois thoraciques ou abdominales, l'embonpoint, une plaie résultant de l'application d'un vésicatoire ou d'un séton, un exanthème douloureux n'empêchent pas la percussion médiate. Elle est d'un usage, en général, plus facile, et le mode d'application étant constamment le même sur toutes les régions, il n'en peut résulter aucune différence de son occasionnée par le procédé qu'on emploie. En outre le son que l'on obtient correspond toujours exactement au point de la cavité que l'on explore, de sorte que l'on peut déterminer exactement la région où correspondent certains organes, mesurer leur dimension, apprécier leur consistance, etc. C'est surtout dans la percussion abdominale que les avantages sont sensibles.

Au moyen de cet instrument, M. Piorry reconnaît des nuances nombreuses de son qu'il a cherché à exprimer par les épithètes de *fémoral*, *jécoral*, *cardial*, *pulmonal*, *intestinal*, *stomacal*, *ostéal*, *humorique*, *hydatique*. Nous ne le suivrons pas dans la définition de ces divers sons, ni dans la division du tronc relativement au son des organes, dans l'état sain. Ces différences de son se conçoivent aisément. On peut voir dans son ouvrage (1), les lumières que, d'après lui, on retire dans les maladies, de ce mode d'exploration. Tout en louant le zèle de M. Piorry, tout en le félicitant des efforts qu'il fait pour préciser le diagnostic des maladies, nous ne dissimulerons pas qu'il nous semble ajouter une importance trop grande à ce mode d'examen, et qu'il nous semble avoir donné beaucoup de part aux conjectures. Toutefois nous ne pouvons qu'approuver ce moyen, n'eût-il qu'une partie des avantages que lui reconnaît son auteur. Tout ce qui peut apporter quelque lumière dans l'appréciation des divers états des viscères doit être accueilli avec empressement.

L'auscultation médiate donne, comme nous l'avons vu, la connaissance d'un assez grand nombre de phénomènes utiles au diagnostic; ce mode de recherche est aujourd'hui assez généralement employé pour que nous nous croyions dispensés de décrire le cylindre au moyen duquel on le pratique. On applique exactement l'une des extrémités de cet instrument sur le point du thorax qu'on veut examiner, et l'oreille sur l'extrémité opposée. Si c'est la partie antérieure qu'on veut explorer, on fait coucher le malade sur le dos. On le fait coucher sur le côté gauche pour examiner le côté droit, et réciproquement; on le fait asseoir et pencher en avant pour observer le dos, etc.; enfin on lui fait prendre la position la plus commode pour lui, et la plus avantageuse pour l'observateur.

Au moyen de l'auscultation on explore, ainsi que nous avons dit, la voix, la respiration, le râle et la circulation. Pour examiner la respiration on se sert du cylindre après lui avoir ôté son embout mobile. La voix, le râle, la circulation, s'explorent avec le cylindre plein : pour obtenir certains bruits fournis par cette dernière, il est quelquefois nécessaire de recueillir les sons par l'instrument évasé à son extrémité.

Cet instrument a été encore employé pour apprécier, avec plus de justesse et de précision, la crépitation souvent obscure produite par le frottement des surfaces des os fracturés; et aussi pour reconnaître les bruits qu'occasionne la circulation fœtale, ce qui donne un signe précieux pour constater l'état de grossesse. Mais cette application du stéthoscope se trouve hors de la médecine proprement dite.

Après avoir parlé de la manière d'opérer la percussion et l'auscultation, nous devons nous arrêter un moment sur celle d'explorer la circulation artérielle, de *tâter le pouls*, comme on le dit en langage vulgaire.

L'arrivée du médecin auprès du malade fait naître ordinairement chez ce dernier une certaine émotion, soit de crainte, soit d'espérance, soit tout autre, qui accélère la circulation. On doit attendre que cet état soit calmé; pour cela, on exige un repos et un silence rigoureux.

Partout où les artères d'un certain volume sont superficielles, on peut tâter le pouls. Il est quelquefois utile de le tâter dans plusieurs endroits du corps, afin de comparer entre elles les pulsations de différentes artères. On peut tâter le pouls aux artères temporales, aux carotides, aux axillaires, aux brachiales, aux radiales; c'est ordinairement sur ces dernières qu'on fait cet examen. Les artères crurales et pédieuses peuvent être soumises aux mêmes recherches.

Après s'être assuré qu'aucun lien ne gêne le cours du sang, le malade étant couché sur le dos, on fait placer l'avant-bras dans une pronation presque complète; on applique ensuite la pulpe des quatre doigts de la main sur le trajet de l'artère, de manière à ce que le doigt auriculaire soit tourné du côté du coude du malade, et l'indicateur du côté de sa main, c'est-à-dire qu'on doit tâter le pouls du côté gauche avec la main droite, et réciproquement. Si le malade est levé, on le fait asseoir, et l'on appuie sa main sur un point quelconque, à peu près dans la position que nous venons de décrire.

Les doigts de l'observateur ainsi disposés, il leur donne un point d'appui en appliquant la paume de la main sur la face postérieure de l'avant-bras, ou simplement le pouce. On exerce ensuite diverses pressions pour reconnaître les différents degrés de résistance du pouls, etc.; enfin, on opère tous les tâtonnements qu'exige cette espèce d'investigation.

L'exploration de l'abdomen par le palper mérite toute l'attention du médecin, et lui procure les signes les plus précieux. On fait coucher le malade en supination, la tête penchée sur le thorax, au moyen d'oreillers qui la soutiennent; les cuisses

(1) *De la percussion médiate et des signes obtenus à l'aide de ce nouveau moyen d'exploration*, etc., par P. A. Piorry, agrégé près la faculté de médecine, etc. Paris, 1828.

fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses, les genoux écartés l'un de l'autre; les bras doivent être étendus sur les côtés du tronc; dans cette position les muscles des parois abdominales se trouvent dans le plus grand relâchement possible, et conséquemment dans la position la plus favorable pour qu'on puisse reconnaître l'état des viscères contenus dans l'abdomen.

Lorsqu'on explore ainsi le bas-ventre, il ne faut pas oublier qu'on a divisé arbitrairement cette capacité en plusieurs régions, à chacune desquelles correspondent des organes différents. Cette connaissance, qui constitue une branche de l'anatomie des rapports, est très-utile au diagnostic : car, si l'on rencontre quelques phénomènes insolites en santé dans l'une de ces régions, on a beaucoup de probabilités pour attribuer ces phénomènes aux organes qui correspondent à cette région. Ces probabilités se convertissent en certitude, si la fonction de l'un de ces organes est altérée d'une manière correspondante.

Supposons une ligne qui circonscrive le tronc en passant à la base de la poitrine, à la hauteur de l'appendice xyphoïde; une seconde ligne passant sous les fausses côtes; une troisième passant sur la crête des os des îles; une quatrième au niveau du pubis. Nous aurons trois bandes horizontales d'environ trois ou quatre pouces chacune. Maintenant séparons en trois parties verticales, à peu près égales, le plan antérieur de l'abdomen, par quatre lignes tombant perpendiculairement sur les premières. Chacune des bandes horizontales se trouvera divisée en trois parties : la plus élevée comprendra, vers son milieu, la région épigastrique, et sur ses côtés les hypocondres; la moyenne comprendra, vers son milieu, la région ombilicale, et sur ses côtés, les flancs; l'inférieure comprendra enfin, vers son milieu, la région hypogastrique, et sur ses côtés, les régions iliaques. L'anatomie nous apprend quels sont les organes qui correspondent à ces régions.

Maintenant nous savons que l'estomac occupe la région épigastrique, et s'étend un peu vers les deux hypocondres; si donc nous trouvons une tumeur dans cette région, nous avons de fortes probabilités pour croire que c'est l'estomac qui est le siége de cette tumeur; mais si nous apprenons en même temps que les fonctions de ce viscère sont troublées, nous avons la presque certitude que la tumeur que nous sentons a son siége dans cet organe.

Il est cependant des cas fort extraordinaires de déplacement des viscères, et dont il est bon d'être prévenu. Il peut se faire que certains organes soient entraînés fort loin de leur siége accoutumé. Nous avons trouvé une fois l'extrémité pylorique de l'estomac dans *la fosse iliaque gauche*.

Lorsqu'on a fait placer le malade dans la position que nous venons de décrire tout à l'heure, on appuie les mains graduellement d'abord, ensuite avec plus de promptitude, selon la nécessité, sur toutes les parties de l'abdomen. On s'informe ainsi du degré de sensibilité de chacune de ces parties, de leur souplesse, de leur tension, de leur volume, des tumeurs qu'elles peuvent offrir. Tous ces symptômes sont de la plus haute importance pour le diagnostic; mais il n'en est aucun qui puisse entrer en comparaison avec les tumeurs pour les lumières qu'on en retire. Il faut avoir soin d'examiner le siége, la forme, le volume, la consistance, le degré de sensibilité de ces tumeurs; remarquer si elles sont mobiles ou adhérentes, passagères ou persistantes, pulsatives ou non pulsatives. Chacune de ces qualités annonce des altérations différentes. Le siége indique l'organe; la forme et le volume indiquent le degré d'altération; la consistance fait connaître si la tumeur est formée par des gaz, par des liquides, ou par des corps solides; la douleur peut faire reconnaître la nature de la tumeur, et le travail que la nature y développe; sa mobilité peut faire espérer qu'elle est due à des matières contenues dans les intestins; enfin, si elle est passagère, ou elle est formée par une hernie, ou par des matières qui peuvent disparaître; si elle est évidemment pulsative, elle a son siége dans les organes de la circulation, etc. On voit déjà combien ces données sont lumineuses.

Lorsque le ventre est considérablement augmenté de volume, qu'on soupçonne qu'il est distendu par du liquide ou par des gaz, on le percute d'une manière particulière. Dans le premier cas, on donne un coup sûr sur l'un des côtés, tandis qu'on applique l'autre main sur le côté opposé; on sent alors une espèce de colonne de liquide qui vient frapper sur cette dernière; on donne à ce phénomène le nom de fluctuation. Si ce sont des gaz qui occasionnent cette distension, en frappant un coup sec, en donnant une *chiquenaude*, on obtient ordinairement un son clair, comme pourrait le rendre un tambour.

On a encore appliqué la pression abdominale à la recherche des maladies de la poitrine. Cette idée de Bichat a été étendue par M. Roux, son élève, dans un mémoire publié en 1809.

Bichat pensait que, puisque la distension de l'estomac augmentait la gêne de la respiration chez les anévrysmatiques, chez les gens atteints d'hydrothorax, d'hydropéricarde, etc., le refoulement du diaphragme, par une pression rapide sur les parois abdominales, opérée de bas en haut sur les hypocondres ou sur l'épigastre, pourrait fournir quelques lumières sur le diagnostic des maladies thoraciques.

Il observa que cette pression, dans la pneumonie, produisait une toux involontaire, une gêne profonde, de l'étouffement; que dans la pleurésie au contraire, on n'observait aucun de ces phénomènes.

Dans l'épanchement de la poitrine, il observa la même gêne dans la respiration, la même suffocation, la même toux.

Dans l'hydropéricarde, maladie d'un diagnostic si difficile, il prétendit que la pression exercée sur l'épigastre déterminait l'étouffement, des palpitations subites, l'agitation du pouls, et quelquefois une syncope menaçante; que dans les cas d'anévrysme du cœur, l'étouffement augmentait; que les contractions du cœur devenaient plus fortes; la lividité des lèvres et des autres parties devenait plus sensible, et le malaise était porté au dernier point.

Aujourd'hui les méthodes d'exploration s'étant singulièrement perfectionnées, le moyen indiqué par Bichat est presque généralement abandonné; on pourrait cependant y avoir recours dans quelques circonstances.

Lorsque les phénomènes locaux occupent la bouche et l'arrière-bouche, il faut examiner ces parties. Pour cela on fait parler le malade de manière à recevoir directement dans ces cavités le plus de rayons lumineux qu'il est possible. On le fait asseoir devant une fenêtre, ou bien on dirige dans sa gorge une lumière artificielle. Il est des cas où l'on doit introduire le doigt dans cette partie, soit pour aller à la recherche des corps étrangers, soit pour explorer l'orifice du larynx tuméfié dans certaines affections.

On emploie, pour examiner l'utérus et même les parois du rectum, un instrument connu sous le nom de *speculum*, et dont la forme varie. Ceux qui se dilatent graduellement doivent être préférés, comme s'introduisant sans douleur et avec facilité.

Il est quelques circonstances qui rendent l'examen du malade difficile. Dans l'enfance, par exemple, et principalement aux époques les plus voisines de la naissance, il est souvent très-malaisé de parvenir à reconnaître la maladie qui existe. Les organes de relation n'étant encore pour ainsi dire qu'ébauchés, on se trouve entièrement privé des renseignements que dans d'autres époques de la vie le malade peut donner lui-même. De plus, la sensibilité étant excessive, les phénomènes sympathiques sont très-prononcés, et se confondent souvent d'une manière indéchiffrable avec les symptômes idiopathiques. Vers le déclin de la vie, des causes opposées amènent les mêmes effets. L'*usure* du cerveau ayant, ainsi que nous l'avons dit, singulièrement diminué les *propriétés* appelées *vitales*, un organe peut s'altérer, même profondément, sans que le malade en ait la conscience. Son insensibilité l'empêche de porter aucune plainte, et souvent à la mort on trouve les désordres les plus profonds sans qu'il ait été possible de les soupçonner pendant la vie; c'est l'âge des maladies latentes. Ce défaut de sensibilité est aussi cause que les actes sympathiques sont presque nuls, de sorte que ces phénomènes qui, dans un autre âge, donnent lieu aux symptômes généraux de réaction, qui servent souvent à faire reconnaître la maladie qui les occasionne, ou du moins à faire voir que l'individu est malade, ne peuvent être alors d'aucun secours pour le diagnostic; aussi faut-il saisir dans ce cas les nuances les plus fugitives dans les altérations des fonctions.

Si l'individu qu'on examine est privé de ses facultés intellectuelles, la difficulté de l'examen est encore plus grande que dans les circonstances précédentes; il en est de même lorsque le malade est dans le délire ou bien en perte de connaissance. La surdité complète est un obstacle assez grand à l'interrogation d'un malade; cet obstacle est plus grand encore si la cécité se joint à la surdité; alors il est presque impossible de rien obtenir. Les gens qui, nés en pays étrangers, n'entendent pas la langue dans laquelle on les interroge, présentent les mêmes inconvénients. Lorsque nos désastres ramenèrent dans nos murs nos armées vaincues par les frimas, nous eûmes à donner nos soins à des gens de tous pays; nous n'éprouvâmes pas de difficulté plus grande que de nous faire entendre des Bas-Bretons, plus étrangers à notre langue que les Tartares qui les poursuivaient; ils n'entendaient pas un mot de français; bien plus, leur intelligence était si bornée, du moins en apparence, qu'ils ne comprenaient même pas les gestes les plus simples, tandis que les habitants des pays les plus éloignés les saisissaient parfaitement. Nous fûmes obligés d'en former une salle particulière, dont nous confiâmes le soin à un médecin leur compatriote, M. Laennec, qui voulut bien s'en charger.

Quelques circonstances rendent encore le diagnostic difficile; lorsqu'un organe est situé profondément, et surtout que ses fonctions sont peu connues, on ne peut aisément reconnaître la maladie. On peut en dire autant si la même région renferme un grand nombre d'organes. Si les phénomènes sympathiques sont nombreux, si la maladie est latente, si plusieurs maladies marchent concurremment, si la maladie qu'on observe ne l'a pas encore été, etc., on aura beaucoup de peine à porter son jugement. Les difficultés seront encore bien plus grandes si le malade simule ou dissimule sa maladie. Il existe cependant quelques moyens de reconnaître la supercherie.

Une multitude de causes peuvent engager un individu à feindre une maladie qu'il n'a pas; le désir d'attirer la pitié et les aumônes; celui de se soustraire aux charges que la société impose à ses membres, aux peines encourues pour un crime; celui de prolonger son séjour dans les hôpitaux : ces motifs et beaucoup d'autres portent à feindre des maladies. Les maladies peuvent être feintes de deux manières : dans l'une, l'imposteur accuse des symptômes qui n'existent pas du tout; dans l'autre, il provoque par divers moyens une maladie qui n'existait pas; dans ce dernier cas la fraude est plus difficile à découvrir.

Le médecin doué de sagacité possède encore un assez grand nombre de moyens pour reconnaître la fourberie. Après s'être assuré de la possibilité de simuler la maladie qu'il observe, et le degré de facilité de cette feinte, il faudra qu'il examine s'il existe des motifs assez puissants pour déterminer l'individu soupçonné à feindre cette maladie. Le degré d'intelligence de cet individu ne devra pas être négligé par le médecin. Il devra examiner si l'âge, le sexe, l'état extérieur, la constitution, le genre de vie, s'accordent avec la maladie simulée. Mais c'est surtout dans l'art avec lequel le médecin dirige ses questions qu'il trouve le moyen de reconnaître la vérité; il est rare que le malade connaisse assez les symptômes de sa maladie pour qu'il ne se trompe pas dans ses réponses. On a soin de lui adresser des questions insidieuses; on lui demande s'il éprouve des accidents que ne comporte pas sa maladie; si celle-ci est réellement feinte, il est presque impossible que celui qui la simule ne fasse pas de réponses contradictoires, qu'il n'accuse pas des symptômes qui ne sauraient exister, qu'il n'oublie pas ceux qu'il aura accusés précédemment, etc.; on le fait remonter aux causes de son affection, et aux circonstances antécédentes, à l'effet des remèdes employés; c'est là surtout qu'on le voit s'embarrasser. On doit, dans tous les cas, employer une surveillance exacte et rigoureuse. Mais ce qui, selon nous, fournit le plus de lumières, c'est l'examen des fonctions qui ne sont pas soumises à l'influence de la volonté. Dans les maladies qui doivent avoir une influence sur la circulation (et il en est peu qui en soient exemptes), l'état du pouls pourra singulièrement aider à reconnaître la supercherie.

Enfin si tous ces moyens ne suffisent pas, on aura recours aux remèdes douloureux : on prescrira une diète sévère, l'application de sinapismes, de moxas, de cautères, de vésicatoires; on ordonnera pendant long-temps des remèdes dégoûtants; enfin on emploiera tous les moyens que la sagacité pourra suggérer, car dans cette matière on ne saurait prévoir tous les cas, et l'improvisation doit beaucoup servir.

Des motifs d'amour-propre, de pudeur ou de honte, portent les malades à dissimuler leurs maux. Dans nos hospices, le désir d'avoir des aliments est la cause la plus commune de cette espèce de dissimulation. Dans le monde, cette dissimulation conduit à de fréquentes erreurs. Il est en effet presque impossible de découvrir une maladie qu'on nous cache. Il n'en est pas de même dans les hôpitaux; les malades étant soumis entièrement à l'examen du médecin, il est difficile qu'avec une attention soutenue celui-ci ne découvre pas l'imposture. Il emploiera pour y parvenir des moyens analogues à ceux que nous avons indiqués pour les maladies simulées.

Lorsqu'un malade présente quelques-uns des obstacles à l'investigation que nous venons de signaler, le médecin se trouve réduit à la simple application de ses sens; mais alors il doit redoubler d'attention pour en obtenir toutes les lumières possibles. Les rapports des personnes qui approchent le malade seront, dans ce cas, bien plus précieux que dans les circonstances ordinaires; non qu'on doive y ajouter plus de foi, car ils ne seront ni plus ni moins véridiques, mais ils seront les seuls qu'on pourra recueillir. La médecine devient alors une espèce d'hippiatrique, s'il est permis de s'exprimer ainsi. Si le malade n'est point aveugle, on pourra encore s'aider des gestes, des signes. Un geste imitant le vomissement lui fera comprendre en général qu'on lui demande s'il a envie de vomir. En appliquant la main sur une région, il est difficile qu'il n'entende pas qu'on veut lui demander s'il souffre dans cette partie, etc.; enfin, on emploiera tous les moyens que la sagacité inspirera pour avoir le plus de renseignements possibles. Si, par hasard, on ne pouvait en obtenir aucun, l'application attentive des sens pourrait encore suffire dans la plupart des cas.

En effet, la vue nous fera connaître d'abord tous les phénomènes offerts par l'habitude extérieure du corps. Le toucher nous instruira de la température, de la consistance, du degré de sensibilitité de la plupart des parties superficielles et profondes, de l'état de la circulation; l'ouïe, de la résonnance, et généralement de tous les bruits qui se font entendre, soit au moyen de la percussion, soit par le cylindre acoustique, soit naturellement, etc. On voit déjà qu'il n'est pas aussi difficile qu'on pourrait le croire d'abord de reconnaître, dans les cas supposés, quelle est la maladie qui existe.

Posons un exemple :

Un individu nous est offert dans un état de perte complète de connaissance; il nous est entièrement impossible d'en tirer aucun renseignement. Nous apprenons seulement des parents ou des personnes qui l'entourent qu'il jouissait d'une santé parfaite, et que l'accident est survenu tout-à-coup. N'ayant pas d'autres éclaircissements, nous appelons nos sens et notre raison à notre secours. Les premiers nous apprennent que l'individu peut avoir une soixantaine d'années environ; qu'il est fortement constitué; que ses cavités sont larges, ses membres développés; que la face est rouge, colorée; que les yeux sont saillants; que les artères temporales et carotides battent avec force; que les lèvres sont repoussées à chaque expiration; que la salive sort en écume; que les extrémités sont froides; qu'un côté du corps est immobile, que le pouls est fort et dur; que le malade a vomi; qu'il a eu des déjections involontaires; que la respiration est gênée et stertoreuse. Qu'ai-je à faire ici du rapport du malade? ne vois-je pas sur-le-champ quelle est la maladie, sa nature, son siége, son étendue, et les indications thérapeutiques qu'elle présente? Raisonnons. Il y a perte complète de connaissance. Quelles sont les maladies qui donnent lieu à la perte de connaissance? Ce sont les maladies du cœur, du poumon et du cerveau. Est-ce le cœur? Non, car le malade se portait bien avant l'accident, et la circulation n'était pas troublée. Est-ce une syncope? Non, car la face est colorée, le pouls est fort, développé? Est-ce une asphyxie? Non, la respiration et la circulation existent encore, et il n'y a pas eu de cause asphyxiante. C'est donc dans le cerveau. Nous voici déjà arrivés à placer la maladie dans le cerveau; mais les maladies de cet organe sont nombreuses. Sera-ce une maladie chronique? Non, car le malade se portait bien naguère. Nous voilà débarrassés, d'un seul trait, de la moitié des affections cérébrales. Reste maintenant à examiner l'arachnitis, la congestion cérébrale, le ramollissement et l'hémorrhagie. Est-ce une congestion? Non, car la congestion est une maladie générale; et ici il y a des phénomènes locaux. Est-ce une arachnitis? Pas davantage pour la même raison d'abord, et ce n'est pas là la marche d'une inflammation des méninges. Ce ne peut donc être qu'un ramollissement ou un épanchement; mais le ramollissement, qui produit aussi l'hémiplégie, se développe avec lenteur, et ici la maladie est survenue tout-à-coup; l'hémorrhagie seule se montre avec cette instantanéité : donc c'est une hémorrhagie cérébrale, une apoplexie; et l'on peut ajouter qu'il est impossible que ce soit autre chose. Maintenant précisons davantage encore. L'hémiplégie est du côté gauche du corps; donc l'hémorrhagie occupe le lobe droit du cerveau. L'hémiplégie est complète, donc l'hémorrhagie occupe le lobe depuis la partie antérieure jusqu'à la partie postérieure; ainsi nous voilà parvenus, par la seule application de sens, et par le raisonnement, à reconnaître la nature, l'espèce, le siége, l'étendue de la maladie que nous avons sous les yeux, et cela avec une certitude presque mathématique. Qu'aurions-nous obtenu davantage du rapport du malade? Maintenant nous pouvons tirer les indications du traitement du diagnoctic que nous venons de porter, et de la force du sujet, du développement du pouls, etc. N'est-ce pas une chose en quelque sorte merveilleuse, et bien consolante pour l'humanité, qu'on puisse parvenir à un degré de certitude aussi grand, et cela par le seul moyen des sens et de la raison?

Après avoir examiné le malade, ainsi que nous venons de dire, il reste à remonter aux circonstances antécédentes qui ont pu agir comme causes, ou qui peuvent fournir quelques données utiles au traitement.

On s'informera à quelle cause le malade attribue sa maladie; si cette maladie est héréditaire ou acquise; si elle se montre pour la première fois, ou si elle s'est déjà manifestée : dans ce dernier cas, quels sont les remèdes mis en usage, et quels effets ont produit ces remèdes. Enfin, on devra fixer son attention sur l'âge, le sexe, la constitution, l'idiosyncrasie, les habitudes, la profession du malade. C'est ce qu'on nomme commémoratif.

Il est difficile qu'après une semblable investigation on ne sache parfaitement à quoi s'en tenir sur une maladie. Cependant il est encore des cas obscurs qui se dérobent à toute recherche, et qui exigent qu'on examine le malade à plusieurs reprises avant de pouvoir être reconnus.

Les maladies ne présentent pas le même aspect à tous les moments du jour; pour en avoir une idée juste, il ne suffit pas d'observer le malade une fois, le matin ou le soir; mais on doit l'examiner le matin et le soir, et quelquefois vers le milieu du jour. Il est superflu de dire qu'on ne peut se dispenser de continuer cet examen tous les jours jusqu'à la terminaison de la maladie.

Lorsque la maladie se termine par la mort, le rôle de l'observateur n'est pas fini. Voici le moment où la nature va porter la certitude dans les jugements du médecin. Elle va donner un démenti formel à son diagnostic, s'il s'est mépris; elle va le confirmer hautement, s'il a découvert la vérité. Les ignorants et les esprits systématiques redoutent également cette épreuve : les premiers, parce qu'ils se trompent sans cesse; les seconds, parce que la nature peu complaisante ne se prête point à leurs

vains systèmes, et les détruit sans retour en manifestant leur fausseté. Les bons esprits la désirent avec ardeur, comme portant le flambeau de la certitude dans les observations médicales. Eh! qu'importe à l'homme enthousiaste de son art, ami sincère du bonheur des hommes, qu'importe qu'il se soit mépris! n'est-il pas homme? ne doit-il pas se tromper? Mais trouver un moyen de reconnaître son erreur, de la rectifier, de l'éviter dans un cas semblable; établir d'une manière incontestable la valeur d'un signe diagnostic; entrevoir la possibilité d'apporter la certitude dans la pratique de la médecine, et d'élever cette science si belle au-dessus de toutes les sciences humaines, voilà ce qui doit satisfaire le médecin philosophe, et voilà ce qu'il doit attendre des ouvertures du corps! Nous l'avons dit, et, malgré les railleries amères de la médiocrité, il n'y a de certitude que dans les ouvertures de corps; une observation n'est complète, n'est concluante que lorsqu'elle a reçu le sceau de cette épreuve.

L'investigation cadavérique exige les mêmes soins, la même attention que l'examen du malade; elle doit être même d'autant plus scrupuleuse que, les organes une fois détruits, il n'y a plus moyen d'y revenir.

Nous devons le dire, nous sommes en France beaucoup trop riches en matériaux d'instruction. Nous n'apprécions pas assez l'avantage immense des recherches cadavériques; cette abondance de biens nuit à nos travaux. Nous les faisons avec tiédeur, avec nonchalance, et nous sommes loin d'en tirer tout le fruit que nous devrions. Voyez les étrangers privés de ces ressources précieuses: quels regards avides ils portent dans cette investigation! quelle attention, quels soins, quelle minutie! rien n'échappe à leur observation. Croyez-vous que Morgagni eût un grand nombre de sujets à sa disposition? Non sans doute, mais il tirait de ceux qu'il pouvait avoir tout le parti possible. Il n'oubliait aucun organe; il examinait tout de ses propres yeux; aussi quel recueil précieux de faits ne nous a-t-il pas laissé!

Chez nous, lorsque nous avons examiné l'organe malade, et jeté négligemment nos regards sur les organes voisins, nous nous en allons satisfaits de cet examen. Mais comment espère-t-on faire faire quelques pas à la science avec une semblable incurie? ce n'est pas ainsi qu'il faut procéder.

S'il convient de commencer l'exploration d'un malade par l'état extérieur, ce précepte est bien plus rigoureux encore pour l'autopsie cadavérique. Le volume, la forme, la couleur, la température même, la consistance, et souvent la position du corps, devront être notés exactement. L'expression de la face, les plaies, les contusions, les ligatures, les ecchymoses, les excoriations, etc., et même les circonstances accessoires des vêtements, dans le cas de jurisprudence médicale, ne devront pas être négligées.

M. Chomel a donné le conseil de commencer l'ouverture du corps par l'abdomen. En effet, si cette cavité renferme quelques liquides, on en appréciera facilement la quantité et les qualités diverses; si la poitrine en contient aussi, on pourra juger leur abondance par la saillie que forme le diaphragme dans l'abdomen. L'examen achevé, on évacue facilement les fluides contenus dans le ventre. Si l'on commençait au contraire par la poitrine, les liquides s'épancheraient dans l'abdomen par les communications que l'ouverture ne manque pas d'établir; il deviendrait difficile d'en bien apprécier les caractères.

Il existe, au moins pendant une longue partie de l'année, un inconvénient assez grave qui nous engage à négliger ces préceptes, pour commencer l'ouverture du corps par la tête. L'examen du cerveau, lorsqu'on veut le faire avec soin, exige beaucoup de temps. Eh bien! si vous avez commencé la nécrotomie par les cavités abdominales et thoraciques, vous respirez pendant tout ce temps l'odeur infecte des cavités splanchniques; ce qui ne mériterait aucune considération si cette odeur n'était que désagréable, mais ce qui en mérite parce qu'elle peut devenir funeste aux observateurs.

Toutes les personnes qui se livrent avec quelque suite aux recherches cadavériques font des vœux pour la découverte d'un moyen avantageux d'ouvrir le crâne. Tous ceux qu'on possède jusqu'à présent sont plus ou moins défectueux; tous secouent ou déchirent plus ou moins le cerveau et ses enveloppes, et exposent par conséquent à trouver des altérations qui n'existent pas, ou à méconnaitre celles qui existent. M. Amussat, à qui plusieurs points de chirurgie doivent des améliorations injustement contestées (1); M. Amussat, frappé de ces inconvénients, a inventé une espèce de scie sur l'un des côtés de laquelle règne une arrête destinée à empêcher que le tranchant ne pénètre dans l'intérieur du crâne; mais elle ne remplit pas parfaitement son but, parce que l'épaisseur des parois du crâne n'est pas la même dans toute la circonférence, et qu'elle varie surtout dans les divers individus. Quoi qu'il en soit, cet instrument est encore le meilleur que nous possédions. On emploie cependant de préférence une espèce de de hachette, un marteau, dont l'un des côtés est terminé par une espèce de tranchant obtus propre à casser les os.

(1) Il y a plusieurs années, M. Amussat, préparateur à la Faculté de Médecine, et professeur particulier d'anatomie, ayant fixé son attention d'une manière particulière sur la structure des organes génito-urinaires, fut frappé de la direction *tout-à-fait droite* du canal de l'urètre. Il en tira sur-le-champ les conséquences les plus heureuses pour le traitement des maladies de ces organes. Il conçut la possibilité de pratiquer le cathétérisme avec des *sondes droites;* ce qui rendait cette opération délicate d'une grande facilité, puisque par ce moyen on pourrait faire rouler la sonde sur son axe, et vaincre ainsi sans efforts des obstacles insurmontables par les moyens ordinaires. Il imagina qu'on pourrait aller chercher dans la vessie de petits calculs, et les extraire, en évitant aux malades les douleurs et les dangers de l'opération de la taille. Il pensa qu'on pourrait même aller briser dans la vessie les pierres trop volumineuses pour en être retirées entières par son procédé, et ce qu'il avait conçu, il l'exécuta avec succès sur le cadavre et sur le vivant, au moyen d'instruments très-ingénieux. On commença, comme cela arrive toujours, par contester à M. Amussat les faits qu'il avançait; bientôt on prétendit qu'ils n'étaient pas nouveaux: espèce de contradiction dont on ne doit nullement s'étonner. Mais ce qui est un peu plus difficile à comprendre, c'est qu'il se soit trouvé des chirurgiens qui aient revendiqué pour eux la découverte dont nous parlons. Nous avons suivi l'auteur pas à pas dans ses observations; frappé de l'avantage qu'il pouvait en résulter pour l'art, nous l'engageâmes à prendre date dans le nouveau Journal de Médecine; ce qu'il fit, au mois d'avril 1822, avant que personne ne songeât à s'emparer de ses travaux. Il a publié depuis de très-belles recherches anatomiques sur les organes génito-urinaires; travaux qui ne peuvent être que le résultat de longues méditations, et qui, aux yeux de tout homme instruit et impartial, lui assureront, sans la moindre dificulté, le mérite de l'invention. Les travaux originaux ne peuvent en effet jamais être égalés par les productions avortées de ceux qui s'approprient les inventions d'autrui. Malgré ces dégoûts, poursuivant toujours ses utiles recherches, il a inventé des instruments propres à détruire les adhérences de l'urètre. Les uns sont des espèces de stylets à plusieurs tranchants, renfermés dans des sondes; les autres, des espèces de seringues pneumatiques de caoutchouc, au moyen desquelles il surmonte les rétrécissements de l'urètre les plus résistants. Les succès obtenus dans le monde par ses rivaux ont empêché les chirurgiens de lui rendre toute la justice qui lui était due; ce qui est pour nous une raison de plus de déclarer hautement notre opinion à cet égard.

Après avoir fait une incision circulaire aux téguments qui recouvrent le crâne, et mis les os exactement à nu, on casse ou on scie ces os dans toute la périphérie de la tête. Cette opération terminée on soulève, par un mouvement de bascule, avec une espèce de levier, la boite osseuse du crâne, qu'on détache par des secousses réitérées et proportionnées à la force des adhérences qui l'unissent aux membranes. Cette boite enlevée, on observe exactement l'état de la dure-mère; puis on l'incise à un demi-pouce du sinus longitudinal supérieur et parallèlement à ce sinus, depuis l'apophyse *crista galli* jusqu'à la tente du cervelet; on détache ensuite la faux ainsi isolée, en la coupant sur l'apophyse de l'ethmoïde; on écarte sur les côtés la dure-mère, et l'on découvre l'encéphale encore revêtu de l'arachnoïde et de la pie-mère. On examine ces membranes, on met à découvert les circonvolutions cérébrales, on les observe attentivement. Leur couleur, leur forme, leur volume, leur consistance, leur degré de sécheresse ou d'humidité doivent fixer l'attention de l'observateur. Après cet examen, on coupe par tranches très-minces toute la masse cérébrale, et on explore avec le plus grand soin chacune de ses parties, dont on note exactement les qualités physiques; on pénètre successivement et avec précaution dans chaque ventricule.

Le cerveau étant examiné, le cervelet réclame les mêmes recherches; on détache la tente qui le recouvre, ou coupe le prolongement rachidien le plus bas possible; après quoi la substance cérébelleuse est soumise à la même investigation que la substance cérébrale.

On doit conserver pour la fin de l'autopsie l'examen de la moelle épinière.

Pour inspecter les viscères thoraciques et abdominaux, on enlève la paroi antérieure de l'abdomen par une incision presque circulaire, partant d'un hypocondre, descendant sur l'os des îles, dont elle suit la direction vers le pubis, remontant vers l'autre hypocondre en suivant le même trajet que du côté opposé. On prolonge ensuite cette incision sur les cartilages des côtes, le plus loin possible du sternum, jusqu'à l'articulation antérieure de la clavicule; on coupe les cartilages; on renverse ensuite en haut et les parois abdominales et le sternum ainsi détaché des côtes, et par ce moyen se trouvent en évidence les organes de la poitrine et du bas-ventre.

On examine à l'extérieur les poumons; on s'informe de leur couleur, de leur consistance, de leur forme, enfin de toutes leurs qualités physiques; on regarde attentivement les plèvres, les liquides qu'elles contiennent; après quoi on incise les poumons, puis la trachée-artère, les bronches, le larynx. On passe ensuite à l'examen du cœur et des ses enveloppes; lorsqu'on l'a suffisamment observé au dehors, on le coupe *en travers* pour mieux juger de l'épaisseur de ses parois; on explore les orifices auriculo-ventriculaire, ventriculo-aortique, ventriculo-pulmonaire et autres. On s'enquiert s'il existe des obstacles, et quelle est leur nature. On regarde attentivement les oreillettes, puis on fend l'aorte dans toute son étendue; opération presque toujours oubliée pour les veines, et qui ne saurait être trop recommandée. Les appareils pulmonaire et circulatoire ainsi explorés, on passe à l'examen des appareils digestif et génito-urinaire.

Lorsqu'on s'est bien assuré de l'état extérieur des organes, on doit fendre le canal alimentaire, à l'aide de l'entérotome de M. J. Cloquet, depuis le pharynx jusqu'au rectum inclusivement. Il est des cas où l'on doit recueillir les liquides contenus dans ces viscères. Le foie, la rate, le pancréas, les reins, la vessie, l'utérus et leurs dépendances, doivent être l'objet d'une recherche attentive. Leur volume, leur couleur, leur consistance, leur position, etc., seront notés scrupuleusement; on ne devra pas négliger les organes de la circulation abdominale, qu'on n'aura pas pu explorer plus tôt.

Cela fait, on retournera le sujet pour procéder à l'examen de la moelle épinière. On enlève avec soin les téguments et la masse des muscles sacro-lombaires et longs dorsaux; on met à nu les lames vertébrales qui forment la paroi postérieure du canal rachidien. Ensuite, à l'aide du rachitome, instrument ingénieux, inventé par M. Amussat; on divise toutes ces lames sans intéresser la moelle épinière. On enlève toutes les apophyses épineuses, et l'on découvre ainsi le prolongement rachidien encore enveloppé de ses membranes; on les observe, on les incise, et l'on procède à l'exploration de la pulpe vertébrale. Il est des cas où les membres doivent être soumis à l'examen. Les muscles, les os, les articulations, les vaisseaux, les nerfs, etc., exigent quelquefois qu'on les examine. Il serait à souhaiter qu'on le fit toujours.

Cette méthode d'ouvrir les corps est celle que nous suivons; elle diffère un peu de celles que les auteurs ont décrites. Au reste, peu importe la manière de procéder à cette opération, pourvu qu'on ne néglige aucun organe, qu'on les examine tous, et surtout qu'on ne produise pas accidentellement des lésions qu'on pourrait prendre pour des cas pathologiques.

Lorsqu'on rencontre quelque altération morbide, on doit y porter les regards les plus attentifs, et ne l'abandonner que lorsqu'on en a pris une connaissance parfaite.

Le médecin n'est pas toujours borné à interroger un malade pour lui donner ses soins; dans quelques circonstances, il devra écrire ce qu'il a observé, soit dans le but de conserver de simples notes sur des faits intéressants, soit dans celui de rédiger un mémoire à consulter, soit aussi dans celui de publier ses observations pour étendre le domaine de la science, etc. Un jeune médecin qui n'a pas l'habitude de ce genre d'ouvrage, doit nécessairement éprouver beaucoup d'embarras, et d'autant plus que les grands maîtres nous ont bien laissé des modèles, mais qu'ils ne nous ont pas transmis de préceptes. Guidé par son seul génie, il sera nécessairement plongé dans une multitude de tâtonnements, et ce ne sera qu'après des essais long-temps imparfaits qu'il pourra produire quelque chose de médiocre en ce genre.

L'art de tracer une observation n'est point un art facile; l'observateur doit être doué de qualités dont la nature se montre avare. En effet, l'on sait qu'en médecine, où tout le monde observe, les grands observateurs peuvent se compter. Indépendamment d'une connaissance approfondie de son art, ce qui dépend en grande partie de lui, le médecin devra être pourvu de beaucoup de sagacité, susceptible d'une grande attention, et, chose qui pourra paraître étonnante, doué de beaucoup de sensibilité, de goût et même d'imagination.

Que la sagacité et l'attention soient nécessaires, cela ne sera contesté par personne; mais pourquoi demander que le médecin soit doué de sensibilité et même d'imagination, l'imagination surtout, qui fait apercevoir tous les objets au travers d'un prisme exagérateur et mensonger? Le voici : un observateur froid, impassible spectateur des maux de son semblable, pourra bien être un observateur exact

et précis; mais un observateur doué de sensibilité, touché de ces mêmes maux, qui n'effleurent pas le cœur du premier, ne les retracera-t-il pas avec cette chaleur de l'ame qui vivifie les tableaux? Comparez l'image sans couleur du premier avec la peinture animée du second, et vous verrez lequel des deux vous paraîtra mériter la préférence. Que sera-ce si la nature a doté cet observateur de cette précieuse faculté de l'intelligence, qui retrace les objets absents avec une si parfaite fidélité? Non, certes, ils n'étaient pas dépourvus d'imagination ces tableaux de l'épilepsie, qu'Arétée traça de sa main inimitable, et qui font encore aujourd'hui notre admiration. D'où vient que nous trouvons tant de différence entre les observations de tel médecin et celles de tel autre? d'où vient que la fatigue et l'ennui s'emparent de nous à la lecture d'une histoire de maladie faite par celui-ci, tandis que l'intérêt le plus vif nous saisit lorsque nous lisons l'histoire que celui-là nous a tracée? N'est-ce pas parce que le premier est dépourvu de sensibilité, de goût, d'imagination, tandis que l'autre se distingue par ces qualités? Si le but d'une observation est de retracer la maladie observée, nul doute que tout l'avantage ne soit du côté de ce dernier observateur. Deux tableaux sur le même sujet, faits par deux peintres différents, ne seront-ils pas empreints du génie de chacun d'eux? Tous deux pourront être vrais, mais l'un sera un chef-d'œuvre, et l'autre un ouvrage médiocre. Ces qualités que nous demandons dans l'observateur sont des dons de la nature qu'on ne saurait communiquer; mais le goût peut donner quelques conseils utiles.

L'observateur se propose de recueillir une observation pour son propre usage, ou pour la mettre au jour. Dans le premier cas, il ne peut prendre trop de détails, il doit même noter ce qui est, comme ce qui n'est pas. Qui n'a pas éprouvé le tardif repentir d'avoir omis dans une observation les signes négatifs?

On devra donc indiquer l'état morbide et l'état naturel de tous les organes, de toutes les fonctions; indiquer tous les changements qui surviennent jour par jour, de moment en moment. Mais si une pareille observation est précieuse pour son auteur, combien ne serait-elle pas fastidieuse et rebutante pour le lecteur?

Quel but veut-on atteindre en écrivant une observation destinée à la publication? n'est-ce pas de donner le plus promptement possible l'idée la plus exacte, la plus vraie de la maladie? S'il en est ainsi, dans la rédaction de son observation, on commencera par élaguer tous les détails superflus: comme les grands peintres qui, dans le tableau d'un vaste paysage, ne dessinent que les premiers plans et les points les plus importants, tandis qu'ils négligent les objets secondaires, l'observateur doit présenter à son lecteur les traits les plus saillants de la maladie qu'il veut peindre.

Après un court commémoratif qui indiquera l'âge, le sexe, la constitution, la profession, les habitudes, l'état de la menstruation (chez les femmes), la cause présumée de la maladie actuelle, les maladies antécédentes, l'habitude extérieure du corps, le médecin devra tout de suite offrir à l'attention encore fraîche du lecteur les symptômes fournis par l'organe et la fonction lésés. Ainsi qu'il aura dû commencer son interrogation, il devra présenter les réponses obtenues. Ici s'élève une question: ne serait-il pas préférable d'avoir le même ordre pour la description de toutes les maladies? ne s'exposera-t-on pas à une confusion volontaire en commençant sa description tantôt d'une manière et tantôt d'une autre? J'avouerai que, frappé par cet inconvénient, j'avais d'abord adopté cette méthode uniforme; mais je me suis aperçu depuis qu'en procédant ainsi, on s'exposait à ne décrire que fort tard les signes locaux; que les phénomènes généraux moins importants occupaient et fatiguaient pendant long-temps l'attention du lecteur, qui, lorsqu'il arrivait aux signes caractéristiques, n'en était plus aucunement frappé. Je m'aperçus que le but de l'observation était entièrement manqué; que puisqu'il consistait à donner une idée vraie et prompte de la maladie, on ne pouvait exposer trop tôt les phénomènes caractéristiques. De deux inconvénients je préférai le moindre, et j'adoptai la méthode de présenter d'abord les phénomènes locaux organiques et fonctionnels. A la vérité, elle répand une légère bigarrure; mais ce désavantage est presque nul.

Lorsqu'on a présenté de la sorte les signes principaux, on doit passer sur-le-champ aux phénomènes sympathiques, à ceux que fournissent les organes et les fonctions dont la connexion est le plus intime avec ceux qui sont affectés et successivement ainsi jusqu'aux plus éloignés, en ayant soin de ne présenter ici que les changements vraiment dignes d'intérêt.

Dans les changements survenus jour par jour, on ne devra de même tenir compte que de ceux qui méritent quelque attention. Soyons courts dans nos narrations; n'oublions rien d'important, mais épargnons surtout le temps précieux des lecteurs.

Lorsque la maladie se sera terminée par la mort, on devra suivre la même marche dans les recherches cadavériques: tout décrire pour soi; mais, pour le public, ce qui peut l'intéresser seulement.

Voici une table abrégée sur laquelle on pourra se guider pour interroger un malade et recueillir l'histoire de sa maladie. Il est presque inutile de dire qu'il n'arrive presque jamais qu'on soit obligé de faire toutes les questions qu'on y trouve.

Sexe, âge, constitution, menstruation, santé, maladies, traitements antérieurs, causes présumées, hérédité, parenté, invasion.

- HABITUDE EXTÉRIEURE DU CORPS,
  - augmentée,
  - diminuée,
  - pervertie,
    - forme,
    - position,
    - couleur,
    - odeur,
    - consistance,
    - température,
    - sons.
      - à la tête,
      - au cou,
      - à la poitrine,
      - au ventre,
      - aux membres.

FONCTIONS INTELLECTUELLES.

- DIGESTION.
  - Faim
    - augmentée,
    - diminuée,
    - abolie,
    - pervertie.
  - Soif
    - *idem.*
  - Goût
    - amer,
    - pâteux, acide, sucré, etc.
    - Bouche sèche.
  - Dents, gencives,
  - Langue.
    - volume,
    - forme, position,
    - consistance,
    - couleur,
    - enduits.
  - Mastication, déglutition, digestion stomacale, nausées, vomissement, matières vomies, douleur épigastrique, tumeurs, borborygmes, flatuosités, déjections, constipation, diarrhée.
- CIRCULATION ARTÉRIELLE. Pouls
  - fréquent, rare.
  - vif, lent.
  - grand, petit.
  - fort, faible.
  - dur, mou.
  - égal, inégal.
  - régulier, irrégulier, intermittent, confus, insensible.
- COEUR. Son choc, palpitations, bruit, rhythme.
- CIRCULATION VEINEUSE.
  - État des veines.
  - Qualité du sang tiré des veines, ou autres.
- RESPIRATION
  - fréquente, rare, égale, inégale,
  - vite, lente, facile, difficile, anxieuse, suffocante,
  - grande, petite, indolente, douloureuse,
  - puérile, nulle, sonore, bruyante, etc.
  - Râle
    - crépitant,
    - muqueux, gargouillement,
    - sibilant, sec, sonore, etc.
  - Rire, bâillement, éternuement, hoquet.
  - Toux
    - fréquente, rare,
    - facile, difficile,
    - indolente, douloureuse, humide, sèche.
  - Expectoration, matières expectorées.

FONCTIONS INDIVIDUELLES.

- POITRINE. — Son
  - mat,
  - clair.
- EXHALATIONS
  - à la peau,
  - aux membranes séreuses,
  - aux membranes muqueuses.
    - partielles, générales,
    - naturelles, morbides,
    - accidentelles.
      - augmentées,
      - diminuées,
      - abolies,
      - perverties.
- SÉCRÉTIONS.
  - Larmes,
  - salive,
  - bile, suc pancréatique, sperme, urine.
- ABSORPTION
  - augmentée,
  - diminuée, etc.; résolution des maladies.
- NUTRITION.
  - Atrophie,
  - hypertrophie, etc., générale, partielle.

FONCTIONS ENCÉPHALIQUES.

- SENSATIONS.
  - Sensibilité
    - générale,
    - partielle,
      - augmentée,
      - diminuée, etc.
  - Douleur.
- SENS.
  - Vue,
  - ouïe,
  - odorat,
  - goût,
  - toucher.
    - augmentés,
    - diminués, etc.
- INTELLIGENCE
  - augmentée,
  - diminuée; stupeur, idiotisme;
  - pervertie; délire, etc.
- SOMMEIL.
  - Somnolence,
  - coma,
  - carus,
  - léthargie, rêve, cauchemar, etc.
- MOUVEMENTS.
  - Convulsions, contracture, roideur, crampes.
  - engourdissements,
  - paralysie,
  - tremblements, etc.
- ORGANES LOCOMOTEURS.
- VOIX, PAROLE.
  - augmentée,
  - diminuée,
  - abolie; mutisme, aphonie, etc.
  - pervertie.
    - Pectoriloquie,
    - égophonie,
    - tintement métallique.
- FONCTIONS GÉNITALES.
  - Menstruation,
  - lochies,
  - lactation
    - augmentées, etc.

Notez la succession des symptômes jour par jour; la marche, la durée, la terminaison de la maladie; les résultats de l'ouverture du corps, etc.

On devra toujours commencer l'examen du malade et la description de la maladie par l'organe et la fonction lésés; s'il en existe plusieurs, on commencera par les plus gravement affectés.

CHAPITRE II.

SÉMÉIOLOGIE.

—

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Maintenant que nous avons exposé succinctement, et défini aussi clairement qu'il nous a été possible, les divers changements que la maladie apporte dans nos fonctions et quelquefois dans nos organes, il nous reste à déterminer la valeur de ces phénomènes, c'est-à-dire de convertir ces symptômes en signes.

L'art de convertir les symptômes en signes est sans contredit ce qu'il y a de plus difficile en médecine. A mesure qu'elle fait des progrès, la séméiologie doit s'étendre, ou, pour mieux dire, doit devenir plus positive, plus exacte, et partant moins verbeuse; alors elle réclame impérieusement des réformes. On ne saurait nier que depuis dix ans le diagnostic des maladies n'ait fait des progrès considérables. Les travaux de M. Laennec ont beaucoup éclairé le diagnostic des maladies des organes renfermés dans la poitrine; celles des vicères gastriques sont aussi beaucoup mieux connues depuis les écrits et les leçons de M. Broussais; enfin les maladies du cerveau, les plus obscures de toutes, sont devenues les plus claires. Les traités de séméiotique publiés avant ces travaux laissent nécessairement beaucoup à désirer sous ces divers rapports; nous tâcherons d'y suppléer dans cet exposé succinct des signes. Nous saisissons avec plaisir cette occasion de rendre une justice éclatante à l'ouvrage de M. Landré-Bauvais sur cette matière. Son livre est aussi supérieur à tout ce qu'on a publié sur le même sujet, que l'observation de la nature l'est à la compilation. On voit que c'est le flambeau de l'expérience qui l'éclaire et le guide. S'il a enrichi son livre des observations des écrivains de tous les âges, c'est toujours avec réserve, critique et discernement. Il ne lui suffit pas de l'autorité d'un grand nom pour adopter sans examen de grossières erreurs. Nous tâcherons d'imiter cet exemple; et, profitant de la liberté de penser, qui est un des priviléges de notre époque, nous nous efforcerons même de porter encore plus loin le scepticisme. Persuadé que la nature nous a donné des sens et une intelligence pour nous en servir, tout en respectant les auteurs justement célèbres, nous nous permettrons de soumettre leurs opinions à l'épreuve de l'expérience; nous nous approprierons tout ce qui triomphera de cette épreuve; en un mot, tout ce qui nous semblera vrai, par conséquent bon et utile.

D'après notre opinion, que les autorités ne peuvent être que le supplément des faits et de la raison, nous n'aurons jamais ou presque jamais recours à cette sorte de preuve. C'est un bien pauvre mérite que celui de transcrire des citations. Certes il ne faut pas ignorer ce que les autres ont écrit, mais il n'en faut pas faire son unique ressource. Ils sont bien à plaindre les auteurs qui n'ont pas d'autre talent; à quoi sert de redire sans cesse ce que d'autres ont déjà dit avant nous? Il n'est qu'un moyen d'être utile, c'est d'interroger la nature. Si ses réponses sont les mêmes que celles qu'elle a déjà rendues, tant mieux pour la certitude de l'art; si elles diffèrent, tant mieux encore pour son avancement, puisqu'elles serviront à détruire des erreurs anciennes ou à établir des vérités nouvelles.

Nous sommes cependant loin de prétendre n'écrire que des choses neuves. Il est dans les sciences et dans les arts une espèce de monnaie courante qui appartient à tout le monde, et dont tout le monde peut faire usage comme il l'entend, sans qu'on soit en droit de crier au plagiat. Ce sont des matériaux de construction, et des règles générales d'architecture qui appartiennent à tous les architectes; il est permis à chacun d'eux d'employer ces éléments comme il juge à propos; heureux celui qui en fait naître le Parthénon, le Colysée, ou le Louvre!

C'est dans la manière de disposer ces matériaux, de mettre en usage les principes reçus; c'est dans la découverte de quelques rapports nouveaux, inaperçus, et peut-être aussi dans la rencontre heureuse de quelque route inconnue, que consiste tout le mérite des artistes. Mais ce mérite ne saurait s'acquérir en se traînant servilement sur les traces rabattues de nos prédécesseurs; il n'en peut résulter pour l'art aucune utilité, pour l'auteur aucune gloire. Redisons-le, c'est la nature qu'il faut interroger. Et qu'importe en effet qu'Hippocrate, Celse, Arétée, Galien, Boerhaave, Sydenham, ou tout autre aussi illustre, ait écrit telle ou telle chose, si leurs assertions se trouvent démenties par l'expérience? Des faits, et des faits positifs, voilà ce que la génération actuelle réclame; des maladies, des autopsies, voilà l'instruction véritable, lorsqu'on les observe avec des sens fidèles et non prévenus.

Il faut le dire, un ouvrage qui n'admette que des vérités reconnues, qui donne comme douteuses toutes les opinions qui n'ont pas encore reçu l'assentiment général, et qui purge l'art de la foule des préjugés qui l'obstruent, manque à la science. Ce n'est pas sans dégoût qu'on est continuellement assailli, dans la lecture des écrits des médecins, par les préjugés antiques et modernes.

On a prétendu à tort que l'exposition des signes, la séméiotique, inaccessible aux systèmes qui tour-à-tour règnent en médecine, était la seule branche de l'art qui ne devait jamais varier; cette assertion est mal fondée sur plusieurs points: et d'abord, elle n'est point inaccessible aux systèmes; car ceux-ci, se basant en général sur un diagnostic nouveau et sur des indications nouvelles, etc., impriment aux signes récents une valeur arbitraire sans doute, mais qui n'en passe pas moins pour la véritable tant que durent ces systèmes; et les premiers signes, à supposer qu'ils fussent vrais, n'en sont pas moins remplacés par les derniers. Ce que nous avançons ici, nous en avons été témoin dans ces derniers temps. Tels phénomènes qui passaient pour signes certains d'embarras gastrique ou de fièvre essentielle, etc., sont devenus des signes d'irritation gastrique ou gastro-intestinale, et cette assertion est tout aussi vraie pour celui qui se range du système nouveau, que l'assertion opposée pour celui qui suit le système ancien. L'expérience seule, dans ce cas, est appelée à prononcer; et, pour l'homme impartial, ce qui passait pour certain devient aux moins douteux. Mais, nous répondra-t-on, vous ne parlez ici que de systèmes, et, malgré

leur envahissement, la vérité n'en reste pas moins, et n'en sort que plus belle et plus brillante de leurs attaques réitérées; donc la seméiotique est inattaquable. Nous venons de voir qu'il n'en est point tout-à-fait ainsi; mais qui pourra nier que l'art ne fasse des progrès? qui niera que tous les jours on ne découvre des faits nouveaux? qui niera que des faits anciens ne soient tous les jours reconnus par des erreurs? N'avons-nous pas été témoins de découvertes fort importantes en diagnostic? et, dès lors, la séméiotique n'exige-t-elle pas des modifications, doit-elle être invariable? La réponse ne saurait être douteuse.

Le temps n'est plus où les esprits, satisfaits de termes vagues, expressions d'hypothèses illusoires, de spéculations stériles, prenaient pour des réalités les systèmes mensongers qui régnaient dans les écoles. Le fastidieux galénisme, l'humorisme, le vitalisme, et l'aninisme qui infectent encore certains écrits, et même quelques écoles, ont fait enfin place au sens commun.

Grâces à la solide direction imprimée aux études, grâces à l'autorité des sens généralement reconnue, nos oreilles ne seront plus offensées par des mots insignifiants, ou, qui pis est, par des mots n'exprimant que des rêves, des erreurs. Aujourd'hui chaque terme devra porter avec lui sa signification positive; ou du moins, lorsque l'art encore peu avancé ne pourra lui en attacher une, nous signalerons cette lacune pour provoquer de nouvelles recherches, et faire disparaître cette imperfection.

Dans toutes les sciences on exige aujourd'hui, par-dessus tout, de l'exactitude, de la précision; mais c'est principalement en médecine que ce besoin se fait plus vivement sentir. On commence à comprendre que dans un art dont l'application a pour objet les plus chers de tous nos intérêts, la santé et la vie, on ne saurait se contenter de conjectures, d'*à peu près*. C'est là qu'on exigerait volontiers la rigueur mathématique, que nous ne pouvons malheureusement pas atteindre. Et pourquoi serait-elle désirable, si ce n'est pour notre propre conservation? Mais quoique nous ne puissions pas espérer de parvenir à la précision dont nous parlons, il est cependant un degré de certitude auquel nous pouvons prétendre : à ce mot de *certitude*, j'entends se récrier la foule des incrédules; eux dont le plus grand nombre ne croit même pas à l'existence de la médecine.

Les contradictions des médecins, le triomphe successif de systèmes entièrement opposés, ont fait croire à des gens, d'ailleurs fort instruits et fort réfléchis, que la médecine était non-seulement un art incertain, mais qu'il n'y avait même pas de médecine. Beaucoup de personnes disent qu'elles ne croient pas à la médecine. Cette incertitude, cette variation dans les opinions médicales, ne prouve autre chose que la faiblesse de l'esprit humain, l'obscurité de certains points encore difficile à dissiper, mais nullement l'inexistence de la médecine.

Dès le moment où l'on a reconnu que divers corps de la nature exerçaient une certaine influence sur l'économie humaine, la médecine a existé. En observant bien, en appréciant avec justesse les effets produits par ces puissances, on a pu espérer de les faire tourner au profit de l'humanité. Bien plus, c'est que les substances dont les effets étaient les plus violents, telles que les poisons les plus actifs, ont dû faire concevoir l'espérance que leur action énergique pourrait, dans certains cas, devenir un remède héroïque. En effet, on a dû conclure que, si tel corps produisait sur l'économie tel effet bien constaté, et que telle maladie produisait un effet contraire, ce corps conviendrait dans cette maladie. Tels ont été les premiers pas de la thérapeutique. D'ailleurs, s'il existe des maladies, il existe donc des causes de maladies? reconnaître ces causes, les éviter, les éloigner, annuler leur action, n'est-ce pas déjà une médecine? Ainsi, à moins de nier l'existence des maladies, et conséquemment celle des causes qui les produisent, on sera forcé d'admettre l'existence d'une médecine. L'existence des maladies a dû inspirer la nécessité de connaître l'organisme dans l'état de santé : de là l'*anatomie* et la *physiologie*, qui n'est que l'organisation en exercice, si je puis m'exprimer ainsi. Par suite on a dû rechercher les altérations des organes et des éléments qui les constituent, et les dérangements des fonctions que ces altérations occasionnent : de là la connaissance de la *pathologie*. Maintenant, dira-t-on que cette connaissance est loin d'être complète? c'est vrai; mais ce qui est connu forme un assez riche patrimoine pour ne pas être à dédaigner; d'ailleurs, cette connaissance est bien plus avancée qu'on ne pense communément, et la science du diagnostic a fait des progrès immenses depuis peu d'années.

L'observation et l'expérience ont fait connaître l'influence et la manière d'agir d'une multitude de corps, de moyens offerts par la nature, ou découverts par l'art; le raisonnement ou le hasard ont fait découvrir que ces modificateurs de l'organisme opéraient des changements avantageux dans les maladies : de là l'origine de la matière médicale et de la thérapeutique. Maintenant il faut convenir que cette partie de l'art n'a été long-temps qu'un tissu d'erreurs grossières. Mais aujourd'hui qu'une philosophie plus sévère s'est introduite dans la médecine, les erreurs diminuent et les vérités utiles augmentent. Quelque petit qu'on voulût supposer le nombre de ces faits, leur existence est incontestable.

Ainsi l'existence des maladies oblige d'admettre celle des causes de maladies; ces causes ont dû être étudiées, et ont dû faire reconnaître que des agents de la nature modifiaient l'organisme. Ces maladies se terminant tantôt d'une manière favorable, tantôt d'une manière fâcheuse, on a dû reconnaître qu'il existait des causes de ces terminaisons, on a dû les rechercher, et, depuis près de trois mille ans qu'on s'en occupe, on a dû en trouver un grand nombre. L'existence des maladies a dû d'abord exciter à les observer elles-mêmes : de bonne heure on a dû sentir la nécessité d'étudier l'homme sain, et ensuite les organes malades. Donc, si la médecine se compose de l'anatomie et de la physiologie ou la connaissance de l'homme sain, de la connaissance des causes qui produisent les maladies, et de l'art de les éviter, l'*étiologie*, l'*hygiène;* de la connaissance des maladies, la *pathologie;* de celle des moyens qui favorisent leur terminaison heureuse ou qui les soulagent, la *thérapeutique*, etc.; il est impossible de nier que l'on ne possède dans ces sciences des notions nombreuses et positives. Voilà ce qui constitue le domaine de l'art.

C'est principalement du diagnostic des maladies que la médecine emprunte ses arguments les plus victorieux contre ses détracteurs. C'est le diagnostic qui fonde la certitude médicale. Car si, à l'aide de quelques signes, on parvient à reconnaître qu'un organe est malade, et quelle est la nature, le siége et l'étendue de l'altération, on ne pourra nier que ce ne soit là une grande certitude; et celle-là, nous l'avons atteinte pour la plupart des affections.

On conçoit par conséquent qu'on ne peut mettre trop de rigueur dans l'étude et l'exposition de ces signes.

D'après tout ce que nous avons déjà dit, on doit avoir compris qu'on désigne par signe tout phénomène morbide qui a pris une valeur, une signification. C'est le résultat d'une opération intellectuelle qui nous fait découvrir le rapport d'une chose inconnue avec une chose apparente. Il est cependant des cas où le signe est évident, où il tombe sous les sens, où par conséquent il n'est aucunement besoin d'un travail de l'esprit pour le reconnaître. Ce genre de signes a reçu dans les écoles le nom de *signes sensibles*, par opposition à ceux qui exigent une opération de l'intellect, qu'on a nommés *signes rationnels*.

Les signes ont été divisés en signes passés, présents et futurs. Cette division, clairement exprimée dans Galien, ne nous paraît pas devoir être conservée; l'expression des signes passés, qu'on appelle aussi commémoratifs ou anamnestiques, n'est pas convenable, puisqu'elle s'applique à toutes les circonstances qui ont précédé la maladie. Ainsi l'âge, le sexe, la constitution, le régime, les habitudes, les idiosyncrasies, l'hérédité, la parenté, l'habitation, les maladies antécédentes, les traitements déjà subis, etc., enfin tout ce qui précède la maladie, et jusqu'aux causes occasionnelles, sont rangés parmi les *signes* commémoratifs; or, je le demande, peut-on laisser le nom de *signes* à des objets si différents? Nous pensons que cette partie de l'histoire ou de l'examen d'une maladie doit être désignée sous le nom plus général et plus convenable de *circonstances commémoratives*.

Ces circonstances commémoratives sont d'un grand secours dans l'appréciation des phénomènes morbides, dans le diagnostic et le pronostic des maladies. Nous aurons souvent occasion d'y revenir.

Le nom de *signe diagnostique* est parfaitement approprié : un symptôme étant donné, il désigne telle maladie, il *signifie* quelque chose, il est converti en signe. Nous pouvons en dire autant des *signes pronostiques*. Mais une lacune dont on a lieu de s'étonner dans les traités de séméiologie, c'est l'oubli presque complet des signes thérapeutiques; certes cette partie était bien rigoureusement du domaine de la séméiotique : un phénomène morbide indique qu'il faut employer tel ou tel mode de traitement, il devient une indication, un *signe thérapeutique*. Nous en ferons un chapitre particulier.

Un des plus grands torts en effet qu'on puisse reprocher aux séméiologues, c'est d'avoir confondu et présenté ensemble les signes diagnostiques et pronostiques, et d'avoir omis les signes thérapeutiques. Ce sont assurément des choses fort distinctes; elles ont bien entre elles une connexion intime; elles découlent les unes des autres; mais elles n'en sont pas moins essentiellement différentes. Prenons pour exemple l'une des qualités du pouls, *le pouls fort*. Nous verrons que, comme signe diagnostique, il aura plusieurs significations. En le considérant d'abord sous le rapport du diagnostic local, nous verrons que le pouls fort peut indiquer une maladie du cœur, l'hypertrophie du ventricule gauche, pourvu toutefois que l'obstacle à la circulation soit placé au-dessous des sous-clavières; qu'il peut indiquer une augmentation de consistance dans les parois artérielles, la position des vaisseaux très-superficielle, etc. Sous le rapport du diagnostic général, il indiquera un état pléthorique, inflammatoire; il appartiendra à la première et à la seconde période des inflammations des membranes muqueuses, et des organes parenchymateux. Comme signe pronostique, il annoncera de la force, de l'énergie dans le sujet, mais en même temps de la violence dans la maladie; toutes choses égales d'ailleurs, on en déduira plutôt un augure favorable qu'un augure fâcheux. Enfin, comme signe thérapeutique, il devra généralement indiquer le traitement antiphlogistique, c'est-à-dire les émissions sanguines, générales ou locales, la diète sévère, les délayants, etc. Voilà certainement trois choses qui ont entre elles beaucoup de rapport, et cependant entièrement distinctes. Il nous a paru très-important de traiter ces sujets dans des chapitres différents.

On a divisé les signes diagnostiques en signes propres et en signes communs : les premiers, qu'on nomme encore pathognomoniques, suffisants, univoques, vrais, certains, essentiels, caractéristiques, servent en effet à caractériser les maladies; ce sont les signes les plus rares et les plus précieux; ceux que nous avons nommés locaux appartiennent à cette classe.

Les seconds, qu'on a encore appelés équivoques ou insuffisants, appartiennent à un grand nombre de maladies; ce sont les signes que nous nommons généraux.

Nous désignerons sous le nom simple d'accidents tous les phénomènes qui surviennent dans le cours d'une maladie, et qui ne sont pas nécessairement liés avec elle. C'est ce qu'on exprimait autrefois par les noms d'épiphénomènes, d'épiginomènes, etc.

C'est ici le moment de reproduire les propositions d'organisme que nous avons exposées dans notre première partie; c'est ici qu'elles vont acquérir toute leur valeur.

Nous avons avancé, dans une de nos propositions principales, que, lorsqu'il se manifestait quelque changement sensible dans une fonction, il existait dans l'organe chargé d'exécuter cette fonction, ou dans un organe exerçant sur celui-ci une certaine influence, une altération légère ou profonde, fugitive ou persistante, primitive ou consécutive, sensible ou insensible à nos divers moyens d'investigation. Hé bien, si donc nous observons un changement dans une fonction, nous en tirerons cette conséquence, que l'organe auquel elle est affectée est malade. Telle est la première opération de l'intelligence qui nous conduira au diagnostic local. Une semblable conclusion est rigoureuse; nous reviendrons bientôt sur les cas exceptionnels qui semblent la démentir. Si, après avoir attentivement cherché l'altération dans l'organe dont la fonction nous a paru lésée, nous acquérons la certitude que cet organe n'est point altéré, ce à quoi l'on arrive par d'autres signes : on cherchera l'altération dans l'organe qui exercera sur celui-ci une influence directe ou sympathique.

Il ne faut pas oublier que les phénomènes des maladies sont locaux et généraux : c'est ici pour le diagnostic la distinction la plus importante, c'est celle que nous ne perdrons jamais de vue dans le cours de cet ouvrage.

Par phénomènes locaux nous entendons ceux qui appartiennent à l'organe malade et à sa fonction. Les phénomènes locaux d'une pneumonie sont la douleur profonde de côté, le son mat, l'absence de respiration, la toux, le crachement de sang, tous inhérents à l'organe malade.

Par phénomènes généraux nous entendons ceux qui se manifestent sympathiquement dans des organes ou dans des fonctions éloignés des premiers : on les nomme généraux, parce que, appartenant en général à la circulation et à l'innervation, ils se manifestent dans tout l'organisme; nous leur don-

nous quelquefois le nom de phénomène de réaction. Les phénomènes généraux ou de réaction de la pneumonie sont la chaleur à la peau, la force, la fréquence dans le pouls, la soif, etc.

La connaissance des phénomènes locaux est la plus importante; mais il ne faut pas négliger celle des phénomènes généraux et sympathiques, car c'est de l'appréciation exacte des uns et des autres que découle un diagnostic certain.

Il s'en faut de beaucoup que les signes soient tous d'une égale valeur; et celui qui en a le plus la perd souvent lorsqu'il se trouve isolé. Il est peu de signes vraiment pathognomoniques, peut-être même n'en existe-t-il point. Mais si un signe seul, quelque positif qu'il soit, n'a que peu ou point de valeur, il en acquiert bientôt une très-grande lorsqu'il se trouve réuni à d'autres. Ainsi la douleur de côté peut appartenir à presque toutes les maladies de la poitrine; mais si la malade qui présente ce symptôme expectore en même temps des crachats sanglants, vous aurez déjà les plus fortes probabilités pour l'existence d'une péripneumonie. Si la percussion donne un son mat dans le côté affecté, les probabilités augmenteront encore; enfin vous aurez la presque certitude si la respiration a cessé de se faire entendre dans ce même côté, ou si vous y percevez le râle crépitant à l'aide du cylindre. Les phénomènes généraux, qui servent si peu au diagnostic, viendront cependant encore ici vous confirmer dans le jugement que vous porterez, si ces phénomènes généraux sont ceux des phlegmasies des organes parenchymateux; c'est-à-dire la force, la fréquence du pouls, la soif, la chaleur à la peau, etc.

Ainsi il faut un concours de signes pour arriver à un diagnostic précis.

Les circonstances commémoratives font aussi varier singulièrement la valeur des signes. Il est telle maladie qu'on ne pourrait caractériser si l'on ignorait ces circonstances. Telles sont, par exemple, les affections cérébrales.

Des lassitudes générales, des douleurs dans les membres, dans le dos, le cou; de la céphalalgie, de la chaleur à la peau, de la coloration du visage, de la soif, de la force et de la fréquence dans le pouls, feront en général redouter une maladie inflammatoire, si l'on apprend qu'un exercice violent a précédé ces symptômes, on les attribuera avec raison à la seule fatigue, le diagnostic changera complètement.

Les signes diagnostiques doivent persister pendant un certain temps pour avoir toute leur valeur. Que d'erreurs les médecins éviteraient tous les jours, s'ils se souvenaient de ce précepte! Nous avons avancé que la paralysie était en général le signe d'une affection locale du cerveau. Eh bien! qu'est-il arrivé? Des médecins ont rencontré des paralysies; les malades ont succombé; ils n'ont rien trouvé dans le cerveau, ils en ont conclu que le signe était infidèle. Ils n'ont seulement pas pensé qu'ils avaient mal observé. En effet, vers les derniers jours de la plupart des maladies aiguës, dans l'agonie, qui dure plus ou moins long-temps, selon les cas, on observe souvent la perte de connaissance, et l'abolition du mouvement et du sentiment dans l'un des côtés du corps. Sans doute cela doit tenir à un état particulier des organes de l'innervation; mais cet état n'étant que consécutif de celui qui a causé la mort, et ne survenant que dans les derniers moments de la vie, échappe entièrement à nos divers moyens d'investigation. Pour que la paralysie soit un signe de l'altération locale de l'encéphale, il faut qu'elle persiste pendant un certain temps, qu'elle soit bien caractérisée, et bien en rapport avec les autres phénomènes cérébraux; mais il faut de l'habitude pour juger cela. Il survient, ainsi que nous venons de voir, une espèce de paralysie, dans les agonies des maladies aiguës, qui peut en imposer aux observateurs superficiels: il en survient une aussi dans les maladies du cœur, une autre dans l'ossification des vaisseaux, etc., qu'on pourrait prendre pour le signe d'une affection du cerveau; mais, avec de l'habitude et de la sagacité, il est presque impossible de se méprendre. Il m'est souvent arrivé d'être d'un avis contraire à des élèves très-exercés; qui croyaient reconnaître une lésion cérébrale à des paralysies de ce genre, et l'événement justifiait ma manière de voir. Il faut donc que le signe soit bien dessiné, et persiste pendant un certain temps pour avoir toute sa valeur.

Dans le principe des maladies, les signes n'ayant pas encore acquis tout leur développement, il est souvent difficile de porter un diagnostic juste; aussi est-il alors prudent d'attendre que la maladie se dessine. Bien souvent on croit avoir affaire dans le principe à une maladie qu'on voit peu de jours après changer entièrement de caractère. D'autres fois la marche seule de la maladie en détermine la nature. Ainsi la marche graduelle, croissante, du ramollissement, sert à distinguer cette maladie de l'hémorrhagie du cerveau.

Il est sans doute d'autres circonstances qui font encore varier la valeur des signes diagnostiques, et que nous ferons connaître à mesure que l'occasion s'en présentera.

Cette variation dans la valeur des signes, suivant les circonstances qui les précèdent, les accompagnent ou les suivent, a fait avancer à quelques médecins que non-seulement il était inutile de traiter des signes d'une manière générale, mais que même cette méthode pouvait avoir de graves inconvénients, puisqu'elle pouvait induire en de fréquentes erreurs. Je ne partage aucunement ces craintes; il est bien vrai que les signes varient suivant la maladie; mais aussi combien le même signe n'imprime-t-il pas un caractère différent à la même maladie, ou à des maladies diverses! Je m'explique par un exemple: un malade quelconque étant donné, présente un pouls très-fort et très-fréquent. Que de conséquences diagnostiques et autres n'allez-vous pas tirer de cette maladie avant de savoir même ce qu'elle peut être? Ne vous formez-vous pas de suite une idée de son intensité, de sa violence? Ne voyez-vous pas déjà quels moyens vous devrez employer? Eh bien! il en est une multitude du même genre: la soif, les enduits de la langue, les soubresauts dans les tendons, le délire, etc., etc., ne sont-ils pas dans le même cas? Je vais plus loin, et je prétends qu'il y aurait une grande économie de temps pour les élèves, si, pour les traités de pathologie, on procédait autrement qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. Au lieu de décrire chaque maladie en particulier, de faire à chacune d'elles la fastidieuse énumération des symptômes locaux et généraux, et la répétition plus rebutante encore des moyens thérapeutiques; je voudrais qu'on s'attachât à tracer les phénomènes généraux d'une classe tout entière de maladies, par exemple, des phlegmasies; qu'on dit en peu de mots en quoi elles diffèrent les unes des autres par leurs causes, leur siége, etc., et qu'au lieu de répéter à chacune le traitement dit antiphlogistique, on décrivît une bonne fois pour toutes ce traitement, qu'on ne ferait en-

suite qu'indiquer, en faisant connaître seulement les modifications exigées par les spécialités. Il me semble que par cette méthode, beaucoup plus philosophique que celle qui a été adoptée jusqu'à ce jour, il y aurait une grande économie de temps.

Ce que nous venons de proposer, nous tâcherons de le mettre à exécution dans cet ouvrage. Après avoir fait connaître les signes généraux des maladies, leur diagnostic spécial, leur pronostic, nous exposerons les diverses indications thérapeutiques, et ensuite, toujours d'une manière générale, les moyens de remplir ces indications, de sorte qu'après avoir étudié ce livre on ait des connaissances suffisantes pour traiter la plupart des maladies.

Cet ouvrage sera une véritable introduction à l'étude spéciale de la pathologie; mais il ne saurait dispenser de l'étude des monographies, qui devront ensuite compléter les études médicales.

Ainsi nous pensons que, bien loin que l'étude des signes en général soit inutile ou nuisible, nous croyons qu'elle ne peut être qu'infiniment avantageuse; que toutes les branches de la médecine devraient être traitées de la même manière, manière qui économise un temps précieux, et qui nous paraît bien préférable.

PREMIÈRE SECTION.

DES PHÉNOMÈNES MORBIDES DES APPAREILS DE LA VIE INDIVIDUELLE, CONSIDÉRÉS COMME SIGNES DIAGNOSTIQUES.

§ I. *Des phénomènes morbides de l'appareil digestif, considérés comme signes.*

N'oublions jamais les principes d'organisme que nous avons posés dans le commencement de ce cours, si nous voulons parvenir à une juste appréciation des phénomènes des maladies. N'oublions jamais qu'une altération de fonction annonce une altération d'organe, mais rappelons-nous en même temps que cette altération est primitive ou consécutive, fugace ou persistante, etc. Les altérations que nous allons observer dans les fonctions digestives sont au moins aussi souvent consécutives à des maladies qui n'ont pas leur siége dans les organes digestifs, que le résultat primitif de l'altération de ces organes. Si quelquefois elles sont locales, dans d'autres cas et bien plus fréquemment elles sont générales, sympathiques. Mais comment s'exercent ces sympathies mystérieuses? c'est ce qu'il est difficile d'expliquer. Malgré les efforts des phisiologistes, la nature n'a point encore soulevé le voile dont elle couvre ces sortes d'opérations. Tout ce que nous savons, c'est que nos fonctions sont solidaires les unes des autres; que notre organisme, composé, comme les machines qui sortent de la main de l'homme, d'une multitude de ressorts, se dérange, s'arrête, si l'un de ces ressorts vient à se déranger. Plus ce ressort est important, plus le dérangement est général et profond; plus l'altération de ce ressort est considérable, et plus considérable aussi est le dérangement de la machine. Tout s'enchaîne, tout se lie dans l'homme; et il n'est pas plus surprenant de voir la circulation pervertie, lorsque l'estomac est enflammé, que de voir les mouvements d'une montre désordonnés lorsqu'on en a brisé le régulateur.

Mais comment distinguer aussi qu'un phénomène est sympathique? qu'il n'est pas le résultat de l'altération primitive et plus ou moins profonde de l'organe chargé d'exécuter la fonction lésée? Cette question est plus difficile à résoudre qu'on ne pense, puisque aujourd'hui même, après tant de raisonnements et d'observations, les médecins ne sont point encore d'accord, et que beaucoup regardent comme primitifs des phénomènes qui ne sont que sympathiques, et réciproquement. Je crois qu'on peut cependant établir quelques règles générales. Ainsi, lorsqu'on apprend d'une manière précise, par les renseignements que donnent les malades ou les personnes qui les approchent, qu'un organe a d'abord souffert avant tout autre, on aura quelques probabilités pour croire que cet organe a été primitivement lésé, et que les troubles fonctionnels survenus ailleurs ne sont que sympathiques. Ainsi, par exemple, un individu a-t-il éprouvé une douleur vive du côté droit du thorax, de la gêne dans la respiration, de la toux, etc.; si le soir ou le lendemain de l'invasion, le malade accuse une vive douleur de tête, on reconnaîtra facilement que cette céphalalgie n'est que consécutive à la maladie thoracique, et n'est pas l'expression d'une altération profonde du cerveau ou de ses enveloppes. Une autre probabilité très-grande se déduira de la facilité avec lequelle les fonctions se troublent sympathiquement, ce que nous aurons soin d'indiquer exactement. Ainsi, dans l'exemple que nous venons de citer, la force et la fréquence du pouls, qui existeront, ne devront, pas faire admettre qu'il existe une maladie des organes de la circulation, parce qu'on sait que la circulation se dérange dans la plupart des maladies. Une troisième probabilité, au moins aussi forte que les précédentes, se tire de la position respective des organes. Lorsque le trouble de l'un peut s'expliquer clairement par la maladie de l'autre, il n'y a pas de raison pour croire le premier profondément affecté. Ainsi, toutes les fois que l'abdomen sera très-distendu, soit par des gaz, soit par du liquide, comme dans les hydropisies, soit encore par un corps solide, comme une tumeur fibreuse, un fœtus, etc., si la respiration est très-gênée dans ce cas, il faudra bien se garder de considérer cette gêne comme le résultat de l'affection des organes respiratoires, puisque le refoulement du diaphragme, produit par les causes que nous venons d'exposer, l'impossibilité qu'il éprouvera à se baisser, expliqueront suffisamment la gêne de la respiration. Indépendamment de ces règles générales, qu'on pourrait, je pense, multiplier, il est une multitude de circonstances de détail qu'on ne peut pas prévoir, et qui aident puissamment le diagnostic.

Il ne faut cependant pas ajouter une confiance illimitée aux moyens que nous venons de donner, et quoique ces moyens paraissent simples et clairs, ils ne sont pas infaillibles. Remarquez que nous ne les donnons que comme des probabilités. En effet, rien n'empêche qu'il n'y ait en même temps plusieurs organes affectés, et alors qui empêchera que, dans notre premier exemple cité, il n'existe avec l'inflammation de la plèvre ou du poumon, une péricardite, ou une autre maladie du cœur? Qui empêche que dans le second il n'existe réellement une maladie thoracique? Alors, certes, le diagnostic devient plus difficile, mais on y parvient cependant à l'aide des signes caractéristiques des maladies.

Dans ces derniers temps, bien qu'on ait beaucoup parlé des sympathies, qu'on leur ait même fait jouer un rôle forcé en leur attribuant beaucoup de phénomènes qui ne leur appartenaient pas, on a cependant prétendu que les troubles des fonctions digestives étaient toujours le signe certain, infaillible de

l'irritation gastro-intestinale; que l'état de la langue, par exemple, faisait toucher au doigt et à l'œil l'état de la membrane muqueuse gastrique. Nous croyons que ces assertions sont beaucoup exagérées.

De la faim.

L'augmentation de l'appétit est rarement un phénomène morbide : je l'ai cependant observé dans quelques maladies des organes digestifs et dans des affections nerveuses. Ainsi, dans quelques irritations de l'estomac, il se manifeste quelquefois un appétit illusoire, que le médecin prudent se gardera bien de satisfaire. J'ai connu un jeune médecin d'une grande espérance, H. de Montgarny, atteint d'une affection organique du foie et du duodénum, qui l'enleva dans sa vingt-huitième année, lequel était souvent en proie à une faim dévorante. Ce besoin se faisait sentir par des tiraillements, des pesanteurs insupportables dans la région épigastrique; et tous ces accidents cédaient par enchantement lorsqu'il avait introduit une certaine quantité d'aliments dans l'estomac. J'ai eu, avant et depuis lors, de nombreuses occasions de m'assurer que la faim excessive accompagnait fréquemment les maladies organiques des voies digestives, et particulièrement celles du ventricule.

La faim est un signe ordinaire de la présence des vers dans le canal intestinal. Si un individu éprouve des coliques, des pincements sur des points variés du canal alimentaire, s'il maigrit et pâlit sans pertes suffisantes, et en mangeant au-delà de l'ordinaire, on peut soupçonner qu'il existe des vers dans les intestins; mais la seule présence de ces animaux dans les matières fécales doit être considérée comme le signe pathognomonique de leur existence.

L'augmentation de l'appétit est un phénomène bien plus fréquent encore dans les maladies nerveuses, et principalement dans l'hystérie. J'ai eu long-temps dans mes salles une fille, nommée Lhermina, qui engloutissait tous les jours une énorme quantité d'aliments. Cette faim n'était pas continuelle, elle revenait par intervalles. Dans ses accès, elle se portait quelquefois à de cruelles extrémités, elle était dans un délire tel qu'elle eût mordu tout ce qui l'approchait. Elle portait même sur ses bras et sur ses mains les marques de ses propres morsures. Se trouvant un jour chez une dame dont elle recevait des bienfaits, elle fut prise subitement de sa faim dévorante. On ne trouva rien de mieux pour l'apaiser ce jour-là que de lui livrer la soupe de vingt-quatre convives qui étaient attendus. Cette fille était hystérique; elle présentait beaucoup d'autres signes de cette maladie, et de plus elle n'offrait aucun symptôme de lésion organique. Elle était cependant atteinte quelquefois d'hématémèse supplémentaire; et je pense qui si ces accidents eussent persisté, elle eût fini par être affectée d'un cancer de l'estomac. L'histoire détaillée de cette espèce de boulimie, recueillie avec soin par M. Calmeil, a été insérée dans le *nouveau journal de médecine*.

L'augmentation de la faim n'a pas seulement lieu dans l'hystérie, on sait que les aliénés mangent souvent avec excès; on doit en dire autant des hypocondriaques.

Dans le prodrôme des affections aiguës, l'appétit s'accroît quelquefois d'une manière remarquable long-temps avant l'invasion de la maladie.

Toutes les fois qu'il y a dans l'économie des pertes abondantes à reparer, occasionnées soit par un exercice violent, soit par toute autre cause, la faim excessive ne peut être considérée comme morbide. Il en est de même de la faim des femmes enceintes et de celles qui produisent les excitants naturels de la degestion, tels que les boissons spiritueuses, les aliments épicés, l'impression du froid sur la peau, etc.

La diminution de l'appétit se montre dans presque toutes les maladies, et, sans être partisan des causes finales, on ne saurait trop s'étonner de cette espèce de sollicitude de la part de la nature. Ce défaut d'appétit ne semble-t-il pas nous convier à l'abstinence des aliments, ou plutôt nous la prescrire; et lorsqu'on sait que cette abstinence est un des plus puissants moyens d'activer l'absorption interstitielle, c'est-à-dire de favoriser la résolution de tous les engorgements, de toutes les congestions, ne doit-on pas trouver merveilleuse l'espèce de précaution que nous signalons ici?

La diminution, et même l'absence complète de la faim, est le symptôme qui accompagne le plus communément les maladies des organes digestifs. L'estomac ne peut être malade sans que l'appétit diminue; bien entendu que nous faisons abstraction des cas très-rares dont nous venons de parler tout à l'heure. L'irritation de l'estomac, l'embarras gastrique, dont nous admettons encore l'existence, les douleurs qu'on ne peut attribuer qu'à altération du système nerveux, enfin les dégénérescences organiques de toute espèce, les squirrhes, le fongus, les cancers ulcérés, etc., produisent ce symptôme, qui est d'ailleurs beaucoup plus marqué dans les maladies aiguës, et surtout dans leurs premières périodes que dans les maladies chroniques, et vers le déclin de celles qui sont aiguës. Les affections du reste du conduit alimentaire produisent aussi l'anorexie, mais moins sûrement que les précédentes. Au reste, tous les viscères renfermés dans l'abdomen font taire l'appétit plus ou moins directement Il en est de même des maladies de tous les organes, et cette circonstance ôte à l'inappétence presque toute sa valeur comme signe diagnostique. C'est un phénomène général, ainsi qu'il en existe beaucoup dans l'économie animale. Le défaut d'appétit, se manifestant dans la généralité des maladies, a fourni l'un des plus puissants arguments à ceux qui pensent que dans ces cas l'estomac est toujours malade; qu'il n'existe qu'une seule affection, la gastrite primitive ou consécutive. Mais depuis, l'ouverture des corps ayant fait voir que, dans la majorité des affections, l'estomac était parfaitement sain, ou si légèrement altéré relativement aux autres organes, qu'on ne pouvait pas le considérer comme la principale cause des désordres et de la mort, il a bien fallu reconnaitre que les autres organes pouvaient être primitivement malades, et occasionner la mort sans le concours du ventricule. Ce n'est pas que nous pensions que dans l'inappétence, même sympathique, il n'y ait aucune lésion dans les organes digestifs; d'après notre manière de voir, cela n'est pas possible; mais ces lésions légères, fugaces, ne laissant après elles aucunes traces, ne sont point encore tombées sous nos sens.

On observe dans quelques maladies du système nerveux une véritable dépravation de l'appétit. Ce phénomène se montre principalement dans la chlorose, l'hsytérie, l'aménorrhée, le délire aigu ou chronique, et quelquefois aussi dans la grossesse.

De la soif.

La soif, sous le rapport du diagnostic local, a tout aussi peu de valeur que l'anorexie; mais il n'en est pas de même comme phénomène sympathique. Son augmentation est un des signes les plus certains de

l'existence d'une irritation, et son intensité est presque toujours en rapport avec le degré de cette irritation. Ce phénomène général devient ainsi un des plus sûrs moyens de juger de la violence d'une inflammation, par suite, du mode de traitement qu'il convient d'employer, et du pronostic qu'on doit en porter. Dans la plupart des phlegmasies, mais surtout dans les phlegmasies des voies digestives, la soif se manifeste; elle se montre aussi dans les inflammations des organes respiratoires, de la peau, etc. Quoique généralement proportionnée à la violence de l'inflammation, la soif est cependant plus vive dans les premières périodes des maladies que vers leur terminaison; et il est des cas où, bien que l'inflammation soit des plus intenses, la soif est presque nulle, et les malades ont même de l'aversion pour les boissons; ce qu'on ne peut attribuer qu'à un état particulier du cerveau, à une espèce de délire.

Lorsque la soif augmente dans les maladies chroniques, on doit penser qu'il survient une irritation dans quelque organe.

La soif doit faire reconnaître les inflammations latentes.

Elle peut survenir dans la phthisie, et elle accompagne fréquemment les hydropisies, les diabétès, etc.

Elle est souvent provoquée par l'usage de remèdes salins, par celui des boissons alcoholiques, par les alimens épicés, par des sueurs abondantes, par la chaleur et la sécheresse de l'atmosphère, dans ces derniers cas, elle n'annonce qu'un état physiologique.

La soif, quoique considérable, est parfois accompagnée de l'horreur des liquides. Ce signe, auquel on donne le nom d'hydrophobie, est un de ceux qui caractérisent la rage: dans ce cas, il existe en même temps un spasme du pharynx qui empêche la déglutition; mais il n'est pas toujours nécessaire que cette maladie ait été communiquée par un virus contagieux. On a observé l'hydrophobie spontanée et même au rapport des auteurs, avec désir de mordre, dans la folie, la mélancolie, l'hystérie, et dans certains délires.

On remarque dans le désir des boissons des perversions analogues à celle de la faim; bien des filles chlorotiques boivent du vinaigre, par exemple; mais ces dépravations sont moins fréquentes que celles de la faim.

La soif est quelquefois nulle, ce qui annonce ou qu'il n'y a pas d'irritation, que celle-ci a cessé, ou que, si l'irritation persiste, le délire ou le collapsus empêchent le désir des boissons.

Par quel mécanisme le désir des boissons se développe-t-il? Comment se fait-il, même dans l'état physiologique, que le besoin de réparer les fluides de l'économie, ce qui est un besoin général, se fasse sentir seulement dans la bouche et dans le pharynx? Pourquoi, de même que la faim, le besoin des liquides n'a-t-il pas son siége dans l'estomac, et pourquoi encore le désir des aliments se fait-il éprouver dans le ventricule? Ce sont là sans doute de ces faits de l'organisme dont il nous est impossible d'assigner la véritable cause. Toutefois l'on peut dire que la perte des fluides par la perspiration cutanée et pulmonaire, ou par les autres excrétions, détermine nécessairement une absorption plus active, et partant plus de sécheresse sur la membrane muqueuse des voies digestives; que cette sécheresse devient perceptible à l'origine de ces voies; que lorsque, par un état de maladie, la même disposition a lieu sur cette membrane la soif, aussi se manifeste; que cette disposition existe directement dans les irritations de ces organes, ce qui se conçoit aisément; et qu'elle y naît aussi consécutivement, ce qui est plus difficile à expliquer.

Des dents et des gencives.

Les dents sont sujettes à un certain nombre de maladies particulières qu'il n'est pas de notre sujet de décrire. Mais si leur blancheur, leur solidité, leur bonne conservation décèlent généralement le bon état des organes digestifs, on doit bien penser que leur carie, leur ébranlement, et les enduits plus ou moins adhérents qui les couvrent, doivent dénoter une altération plus ou moins profonde des mêmes organes.

Dans les irritations gastro-intestinales, et même dans celles des voies aériennes, les dents se couvrent d'un enduit gris ou blanchâtre; cet enduit devient noir lorsque la maladie fait des progrès, ou que sa marche revêt le caractère adynamique. Dans les irritations primitives ou consécutives du cerveau et de ses membranes, les dents deviennent quelquefois sèches et lisses; elles s'ébranlent dans le scorbut; paraissent s'alonger dans les maladies qui produisent un grand amaigrissement. Elles contractent une sensibilité qui ne leur est pas naturelle dans quelques maladies nerveuses.

Le grincement des dents est un état physiologique chez quelques individus; mais en général il est un signe de la présence des vers dans les intestins, ou le précurseur de convulsions et de délire; il dépend alors d'une altération du cerveau.

Le claquement des dents se remarque dans le frisson des fièvres intermittentes, et dans celui qui précède toutes les maladies aiguës; on l'observe aussi dans les mêmes circonstances que le grincement.

Outre les maladies particulières qui affectent les gencives, ces parties peuvent être le siége de quelques phénomènes séméiotiques. Elles se gonflent, deviennent rouges, livides, saignantes dans le scorbut. Une remarque que j'ai faite à l'hospice de la vieillesse, c'est que lorsque les dents sont tombées depuis long-temps, et que les gencives sont devenues calleuses par la mastication, elles ne se boursoufflent plus dans le scorbut, à quelque degré qu'il parvienne, et même si l'une des mâchoires est dégarnie de dents depuis long-temps, tandis que l'autre conserve les siennes, les gencives de cette dernière seule se gonflent, et les autres conservent leur état habituel. Le gonflement des gencives est quelquefois le résultat du traitement mercuriel. Elles perdent leur couleur rosée, deviennent pâles dans la chlorose, et dans quelques maladies chroniques; elles diminuent de volume dans les mêmes affections. Ces derniers signes sont d'une moindre valeur que les précédents.

De la langue.

La fréquence des affections gastriques, la fréquence plus grande encore des maladies étrangères à l'appareil digestif, et qui exercent sur la langue une influence notable, font de cet organe l'un de ceux qui fournissent le plus de signes au médecin. Tous ces signes sont cependant loin d'avoir une valeur égale, et l'importance en a été fort exagérée, ainsi que celle d'une multitude d'autres. Quoi qu'il en soit, les aspects divers que la langue revêt dans les maladies nous fournissent des lumières précieuses qu'on ne saurait recueillir avec trop de soin.

L'état naturel de la langue est connu de tout le monde; mais ce dont le médecin ne doit pas négliger de s'informer, c'est l'état habituel de cet organe chez la personne à laquelle il donne ses soins. La négligence de ce précepte peut l'entraîner dans des erreurs graves de diagnostic, de pronostic et de traitement. Je connais une dame chez laquelle la langue est, dans l'état de santé, habituellement recouverte d'un enduit d'un blanc jaunâtre; lorsqu'elle devient malade, et lorsqu'elle est affectée d'irritation gastrique, à laquelle elle est sujette d'ailleurs, la langue se nettoie. Il est des individus dont la langue est sèche et brunâtre le matin, ce qui provient de ce qu'ils dorment la bouche ouverte. Il m'est arrivé, étant élève, de croire reconnaître, et d'annoncer au médecin chargé du service de l'hôpital, une maladie grave, qui n'était, quelques moments plus tard, qu'une légère indisposition. Il en est d'autres qui conservent ordinairement une couleur noire à la base de la langue; ce sont principalement des vieillards. Enfin, avant de porter son jugement sur l'état de de langue, il ne faut pas oublier que certaines substances alimentaires ou médicamenteuses altèrent sa couleur. Le vin pur, les extraits de quinquina, de genièvre, de gentiane, la thériaque, le diascordium, le chocolat, etc., lui donnent une teinte plus ou moins brune ou noirâtre, qui peut facilement en imposer à l'observateur peu attentif.

Un médecin qui occupe aujourd'hui à la faculté de médecine un rang honorable fut atteint, il y a environ dix ou douze ans, d'une de ces affections thoraciques qui ont si souvent menacé son existence. Ayant été le voir vers la fin de sa maladie, il me pria d'examiner sa langue; je fus d'abord frappé de l'enduit brun qui la couvrait; le malade me regardait d'un œil observateur, et je tâchai de ne rien laisser paraître de l'impression que je recevais; mais ayant bientôt examiné les autres fonctions, et reconnu qu'elles étaient en bon état, et surtout la circulation, je conclus en moi-même que ce signe n'était pas en rapport avec les autres, et que seul il ne pouvait être d'aucune valeur. Me défiant alors de sa réalité, je demandai au malade s'il n'avait rien pris qui pût lui colorer ainsi la langue; il m'avoua aussitôt qu'il avait mangé du chocolat, et ce fut encore une leçon de clinique que je reçus de lui. On peut en conclure les deux propositions déjà émises : c'est-à-dire qu'il est bon de se tenir sur ses gardes contre la coloration accidentelle de la langue, et d'une autre part, qu'un signe isolé n'est d'aucune valeur.

Les changements que présente la langue dans l'état pathologique appartiennent à cet organe lui-même, primitivement dépendant de l'altération des parties voisines, ou enfin d'organes plus éloignés. Parmi ces derniers, il est bien vrai de dire que les maladies de l'appareil digestif s'y peignent en traits caractéristiques; mais ce qui n'est pas moins exact, c'est que les maladies des poumons produisent les mêmes effets d'une manière aussi rigoureuse. Dans ces maladies la langue change de couleur, se couvre d'enduits variables tout aussi bien que dans celles du canal alimentaire.

Les signes tirés de la langue étant bien plus souvent sympathiques qu'idiopathiques, il est évident qu'ils doivent être bien plus utiles au pronostic qu'au diagnostic.

La langue augmente de volume dans la glossite, dans l'angine, dans la variole, dans le muguet; ce volume est quelquefois tel que la suffocation en devient imminente. Dans quelques maladies du cerveau accompagnées de coma, la langue paraît prendre un volume considérable.

Cet organe diminue de volume par l'effet d'un amaigrissement porté à un très-haut degré.

Dans les maladies aiguës, la langue paraît être quelquefois plus petite que dans l'état naturel; elle est alors en même temps sèche, rude, pointue, rouge, elle sort avec peine de la bouche, ce qui annonce une vive irritation accompagnée de concentration ou de diminution réelle des forces. Cet état se montre ordinairement dans les affections du cerveau.

Mais les mouvements de la langue étant sous l'influence directe de ce viscère, lorsqu'ils présentent quelques dérangements, ils indiquent d'une manière positive qu'il existe une altération locale dans l'encéphale. Quel est l'endroit qu'occupe cette altération? Quelle est son étendue, etc.? C'est ce qu'il n'est pas facile de déterminer encore, malgré les recherches de M. Foville et de M. Bouillaud sur ce sujet; nous y reviendrons en parlant de la paralysie; nous n'insisterons pas davantage sur cette matière, ne voulant pas la séparer de ce que nous avons à dire de la diminution ou de l'abolition des mouvements.

Le tremblement de la langue est le signe d'une profonde faiblesse ou d'une irritation de l'encéphale.

Dans les maladies locales du cerveau, la langue est-elle entraînée du côté de la paralysie, ou du côté opposé? Comment s'opère cette traction? C'est aussi ce que nous examinerons plus tard.

La langue, avons-nous dit, se couvre parfois d'une éruption connue sous le nom d'aphthes. Ces aphthes sont la plupart du temps un signe de l'irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, quoiqu'on les ait observés dans les inflammations chroniques de l'appareil ressiratoire.

Dans les maladies la langue conserve son humidité ou devient sèche. Cette sécheresse elle-même varie. La langue est sèche, unie, lisse, brillante, ou rude, âpre au toucher, fendillée, gercée; cet état de la langue annonce une irritation d'autant plus violente des organes gastriques, pulmonaires ou autres, que cette sécheresse est plus prononcée. La cause prochaine de cette sécheresse est absolument inconnue, comme celle de la suspension des autres sécrétions et exhalations; et nous pensons que c'est une erreur ou du moins une conjecture hasardée que de l'attribuer à « l'excitation forte et partielle des vaisseaux absorbants, ou à un spasme qui ferme les conduits ou les pores inorganiques sécrétoires, ou même à une très-grande faiblesse dans les vaisseaux qui les empêche de vaincre la résistance de ces pores ou tubes. » Les gerçures et les crevasses de la langue étant le plus haut degré de sécheresse, elles indiquent aussi la plus grande intensité de l'irritation, surtout dans la première période des inflammations, lorsque l'individu n'a pas encore été affaibli par le traitement antiphlogistique.

Les enduits de la langue épais, poisseux et adhérents, quelle qu'en soit la couleur, dénotent en général une gastro-entérite profonde, ou une inflammation du poumon; on les observe aussi, mais plus rarement, dans les autres phlegmasies.

Dans l'ictère et la chlorose, l'enduit de la langue devient jaune ou même verdâtre. Enfin lorsqu'il y a faiblesse directe ou concentration des forces, l'enduit de la langue devient brun ou même noir. La couleur de la langue dépend ordinairement des enduits qui la couvrent. Une langue nette et très-rouge annonce une inflammation très-violente. Une telle

inflammation a son siége le plus ordinaire dans l'estomac et les intestins, quoiqu'on observe la même chose dans les angines, les péripneumonies, les inflammations de la peau, etc. La langue rouge, lisse, sèche, luisante, se montre souvent vers la fin des maladies aiguës, et quelquefois dans celles de long cours. Dans ce dernier cas on doit regarder ce phénomène comme le signe d'un nouvel état inflammatoire qui se développe.

La consistance ligneuse de la langue s'observe assez fréquemment; elle nous a toujours paru accompagner une irritation fortement prononcée.

Les signes pronostiques que cet organe fournit sont au moins aussi nombreux que ceux que nous venons d'exposer, et doivent être rangés parmi ceux qui donnent les prénotions les moins sujettes à erreurs.

De l'arrière-bouche et de la déglutition.

La cavité de la bouche est souvent le siége d'altérations qui résultent de la maladie même de ces parties, ou qui y sont développées par cause éloignée.

Le voile du palais, ses piliers, les amygdales, la luette, la face interne des joues, l'entrée du pharynx, augmentent de volume dans les inflammations dont ils sont le siége; cette inflammation peut être primitive ou consécutive, par exemple, à la maladie syphilitique, cette augmentation de volume a lieu aussi dans le cancer de ces organes, dans leur infiltration. Ils rougissent, et se sèchent dans les angines; ils se couvrent souvent d'enduits blancs, grisâtres, puriformes, qui ne sont que le résultat de l'exsudation de la membrane qui les tapisse, ou qui peuvent être produits par la gangrène. Dans ce dernier cas, ces parties exhalent une odeur très-fétide: des aphthes les envahissent assez fréquemment, et particulièrement les amygdales, lorsqu'elles sont fortement enflammées. Enfin il est commun d'y voir s'y former des abcès et des ulcérations.

Lorsque la déglutition a subi quelques dérangements, il faut interroger les organes qui l'exécutent, car si l'on observe ces dérangements dans des maladies dont le siége est éloigné, ils sont bien plus souvent le signe d'une altération locale.

Il est rare que la déglutition soit accélérée, cela a cependant lieu dans quelques névroses.

Il est bien plus fréquent que la déglutition soit difficile et douloureuse; cette difficulté accompagne en effet une multitude de maladies, au premier rang desquelles il faut placer l'inflammation, comme l'une des plus fréquentes. Ainsi l'inflammation de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du larynx même, à cause de la compression exercée par les matières ingérées, ou par la contraction musculaire; celle de l'œsophage, les aphthes, les abcès, les ulcérations de ces parties, produisent nécessairement cet effet. Le gonflement œdémateux ou squirrheux de ces organes; leur paralysie, et quelquefois leur état spasmodique, leur compression mécanique, occasionée par une tumeur développée dans le voisinage du pharynx et de l'œsophage; tumeur qui peut être scrofuleuse, squirrheuse, anévrysmatique, etc., donnent lieu au phénomène dont nous parlons. Dans ce dernier cas il peut y avoir impossibilité complète de la déglutition. J'ai été dernièrement témoin d'un spectacle bien douloureux. Une femme qui avait subi l'amputation du sein fut prise d'une gêne dans la déglutition sans signe de réaction. La circonstance commémorative dont je viens de faire mention me fit penser qu'il existait une tumeur squirrheuse qui comprimait l'œsophage. Cette femme, dans la force de l'âge, se portant d'ailleurs parfaitement bien, avait toute son intelligence, de sorte qu'elle put voir son état dans toute son horreur. Je dis dans toute son horreur, car l'obstruction étant devenue complète en peu de temps, il fut impossible d'introduire aucun aliment, aucune boisson dans l'estomac, pas même à l'aide de moyens mécaniques; de sorte que cette malheureuse mourut rigoureusement de faim, et même de soif, besoin bien plus impérieux encore; elle expira dans les tourments de Tantale; et ce qui rendait sa position plus déplorable, c'est que les bains, les lavements nutritifs, et les autres moyens de l'art ne servaient qu'à prolonger son désespoir et ses douleurs.

Les auteurs ont établi une différence entre l'espèce de difficulté de la déglutition produite par l'inflammation et celle qu'occasionne la paralysie. Ils ont prétendu que dans le premier cas les solides étaient plus difficiles à avaler que les liquides, tandis que l'inverse avait lieu dans le second. Ils ont donné pour raison que les corps solides produisaient dans l'inflammation une compression douloureuse que n'occasionnaient pas les liquides; et que, dans la paralysie, le bol alimentaire, offrant quelque volume et quelque résistance, n'exigeait pas, de la part des muscles, une contraction aussi forte que les liquides pour la déglutition. Mais ces explications physiologiques, très-ingénieuses, ne trouvent pas leur confirmation dans l'expérience; j'ai souvent vu le contraire.

La déglutition est difficile dans les apoplexies, dans la plupart des affections cérébrales accompagnées de coma, vers la fin des maladies aiguës lorsqu'elles doivent se terminer d'une manière funeste; dans ce dernier cas elle est le signe d'une faiblesse extrême. Les fluides, en tombant dans l'œsophage, font entendre un bruit alarmant.

Dans l'hydrophobie, il y a impossibilité d'avaler, causée par un état spasmodique du pharynx et de l'œsophage, spasme qui fait que les malades, à qui l'on ingère de force des liquides dans ces parties, les repoussent d'une manière convulsive. J'ordonnai impérieusement à un homme frappé de la rage d'avaler un verre d'eau que je lui présentai; il me regardait d'un œil fixe; il prit le verre en tremblant; le porta à ses lèvres d'une manière convulsive vraiment effrayante, en introduisit dans sa bouche une gorgée qui fut à l'instant rejetée à une grande distance par un mouvement violent. Ce fut pour moi le signe caractéristique de la maladie. Cet homme mourut dans la nuit.

Nous ne terminerons pas cet article sans parler de la dépravation de la déglutition causée par l'alongement de la luette. Dans cet état cet organe, en titillant l'entrée du pharynx, fait éprouver la sensation d'une portion d'aliment, ce qui engage à opérer sans cesse des efforts inutiles de déglutition. Une autre espèce de perversion de cette fonction est causée par la destruction plus ou moins complète du voile du palais, ou même de la voûte palatine, disposition qui permet aux aliments de remonter dans les fosses nasales. Enfin dans quelques dispositions organiques difficiles à déterminer, mais surtout dans la paralysie du pharinx, les liquides s'introduisent dans les voies aériennes.

Du vomissement et des matières vomies.

Avant de parler du vomissement proprement dit, nous devons nous arrêter sur les nausées, c'est-à-dire le désir de vomir, efforts de vomissements

avec un sentiment inexprimable de répugnance; sur les vomiturition et la régurgitation, tous signes qui dénotent à peu près les mêmes altérations que le vomissement proprement dit, dont ils ne sont pour ainsi dire que les précurseurs. Ils se manifestent en effet dans les irritations gastriques, dans les cancers de l'estomac, dans les phlegmasies cérébrales, dans l'hystérie, l'hypocondrie, dans la grossesse, etc.

Les physiologistes, et en particulier M. Magendie, se sont beaucoup occupés dans ces derniers temps du procédé par lequel s'effectue le vomissement. Cette fonction, généralement attribuée à la contraction anti-péristaltique des fibres musculeuses de l'estomac, parut à M. Magendie s'opérer différemment. Il pensa que les muscles abdominaux et le diaphragme, par leurs contractions, étaient pour beaucoup dans la production de ce phénomène. Pour le prouver il tenta diverses expériences ingénieuses, entre autres celle qui consistait à substituer une vessie de cochon à l'estomac. En remplaçant ainsi, par une poche inerte, la poche qu'on prétendait être l'organe actif du vomissement, si celui-ci avait lieu, il fallait rigoureusement conclure non pas que l'estomac ne servait à rien dans cet acte (ce que lui ont fait dire des critiques inattentifs, plus désireux de reprendre que de bien voir) mais que d'autres organes concouraient puissamment à le produire.

Ces expériences ne furent pas seulement réfutées, mais elles excitèrent les clameurs de quelques médecins, qui espérèrent faire parler d'eux en critiquant amèrement M. Magendie, et toutefois y réussirent assez bien. Les uns, lui citèrent l'exemple des oiseaux qui vomissent sans diaphragme; les autres, des observations pathologiques où le vomissement n'avait pas eu lieu, bien que le diaphragme et les muscles abdominaux conservassent leur contractilité, etc.; toutes objections très-faciles à détruire, mais dont la discussion nous entraînerait trop loin. On peut voir le compte que nous avons rendu d'une partie de ces débats dans le *Nouveau Journal de Médecine*. On doit conclure de toutes ces discussions que l'estomac n'est pas seulement passif dans le vomissement, qu'il se contracte sensiblement, mais qu'il *est puissamment aidé* par le diaphragme et par les muscles abdominaux.

Une conclusion plus importante encore à tirer, pour la pathologie, des expériences de M. Magendie, c'est que puisqu'il produisait le vomissement en introduisant dans les veines des substances émétiques, ce n'était point en agissant sur l'estomac que ces substances faisaient vomir, mais bien en agissant sur le cerveau; le vomissement est déterminé par une excitation cérébrale, et non pas par une irritation de l'estomac, puisque, dans les expériences citées, il n'y a plus d'estomac, et le vomissement n'en a pas moins lieu. *Ce n'est donc pas en irritant l'estomac que les émétiques agissent*, puisqu'ils font vomir sans arriver sur l'estomac; conclusion du plus haut intérêt dans l'état actuel de la science, puisqu'elle prouve que les émétiques n'irritent pas l'estomac, et que le vomissement peut avoir lieu sans cette irritation. Ce qui concourt à prouver encore cette dernière proposition, c'est que la vue de certains objets dégoûtants, certaines odeurs qu'on nomme nauséabondes, certaines saveurs, et même de simples souvenirs, suffisent pour provoquer le vomissement. Y a-t-il dans ces cas irritation de l'estomac? Les tubercules du cerveau donnent lieu à un vomissement opiniâtre, sans qu'il existe la moindre altération sensible dans l'estomac; dira-t-on que l'irritation a disparu? La titillation de la luette produit le même effet. Concluons que le vomissement est un acte cérébral, le plus souvent déterminé, à la vérité, par l'état de l'estomac.

De ces considérations nous arrivons naturellement à reconnaître que le vomissement peut être idiopathique et sympathique. On admet aussi un vomissement critique et un vomissement acritique.

Cet acte peut dépendre de l'action spéciale de certaines substances sur le ventricule, d'une irritation aiguë ou chronique, d'une inflammation, d'un cancer de ce viscère; d'un état nerveux particulier qu'il faut bien admettre; enfin de l'action d'un organe qui exerce quelque influence sur lui.

Les phénomènes précurseurs du vomissement sont une céphalalgie frontale plus ou moins intense, le tremblement de la lèvre inférieure, le dégoût le crachotement, la cardialgie, les nausées, les anxiétés, les vertiges, les étourdissements, etc.

L'acte en lui-même est facile ou difficile, douloureux ou indolent. Lorsqu'il est difficile et douloureux, il annonce en général une irritation profonde de l'estomac. Cette distinction est surtout utile pour le pronostic et le traitement.

Le vomissement exaspère quelquefois les accidents qui existent; cela arrive surtout dans les gastrites et dans les cancers avancés. Bien plus ordinairement il ne produit aucun effet; et dans quelques circonstances il est suivi de la dissipation plus ou moins rapide des accidents : on dit alors qu'il est critique.

Les matières vomies méritent surtout de fixer l'attention du médecin. On conçoit en effet que, sous le rapport de leur nature, il est loin d'être indifférent, sous le triple rapport du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique, que ces matières soient simplement des aliments, de médicaments, ou qu'elles soient du sang ou du pus, etc.

Les vomissements de substances alimentaires peuvent avoir lieu dans une simple indigestion. Après avoir pris une quantité d'aliments plus grande qu'il ne peut la supporter, un individu en rejette une partie par le vomissement. Il est des gens qui provoquent ce vomissement; personne n'ignore que le syrmaïsme était en usage chez les Romains. Le même effet peut avoir lieu par l'ingestion de substances réfractaires aux forces digestives. Enfin dans l'invasion de la plupart des maladies, la nature débarrasse l'estomac des aliments qu'il contient; ce vomissement sympathique arrive principalement dans les maladies cérébrales. Lorsqu'un malade qui souffre déjà de l'estomac prend des aliments, alors le vomissement qui survient n'est pas seulement l'effet d'une indigestion, ainsi qu'il se l'imagine le plus souvent, mais bien celui de l'irritation gastrique déjà existante. Il est très-important de distinguer ces cas.

Quand les matières vomies sont des médicaments, il faut faire attention si ces médicaments sont nauséeux, de nature à exciter le vomissement ou non; car dans le premier cas, le vomissement n'indiquera nullement l'état morbide de l'estomac, tandis qu'au contraire il en sera un signe presque certain dans le second.

Si les matières vomies sont des mucosités, le vomissement pourra dépendre d'une phlogose plus ou moins prononcée de la membrane gastrique, ou d'une affection organique commençante, ou d'un état nerveux, de la gestation, etc.

Nous partageons bien l'avis des médecins qui regardent les vomissements bilieux comme dépendants d'une irritation gastrique, duodénale ou hé-

pathique ; néanmoins cela n'est pas constant, et ce vomissement peut être aussi sympathique, nerveux ; il n'est pas démontré pour nous que le choléra-morbus soit une inflammation.

Les vomissements atrabilaires, auxquels les anciens ont ajouté une grande importance, ne doivent plus être admis aujourd'hui dans le sens qu'on leur donnait alors. Ces vomissements noirs nous paraissent dus à un mélange de sang avec les autres matières accumulées dans l'estomac : je doute fort que la bile puisse jamais prendre cette couleur.

Le vomissement de matières fécales est le signe pathognomonique de l'occlusion des intestins, qu'elle soit produite par une invagination ou par une oblitération morbide du canal, ou par un étranglement intérieur, par une hernie, à moins qu'une violente inflammation du péritoine n'y donne lieu.

Nous devons dire ici que nous ne croyons pas que l'invagination soit une maladie, du moins dans la plupart des cas. Nous avons ouvert un grand nombre de sujets chez lesquels il existait des invaginations considérables, et qui dans le vivant n'avaient rien éprouvé du côté des intestins.

Quant aux étranglements intérieurs, nous en avons observé des plus extraordinaires.

Le sang qui vient de l'estomac peut provenir d'une ulcération squirrheuse, d'une exhalation sanguine, de la rupture d'une artériole ou d'une veine, ou bien d'un sang apporté dans l'estomac par une autre voie. On distingue que le sang vient de l'estomac, lorsqu'il n'existe aucun symptôme vers la poitrine, qu'il n'y a point de toux, de gêne dans la respiration, de chaleur ni de douleur dans aucun point, qu'il n'y a pas de palpitations, etc., et qu'au contraire il existe des douleurs à l'épigastre, de la tuméfaction, de la pesanteur, de la chaleur dans cette région, des signes de cancer de l'estomac, ou simplement de gastrite ; que le sang vomi contient des matières alimentaires ou médicamenteuses, enfin qu'il est plus ou moins noir et non écumeux. Il est rare, en effet, qu'il soit vermeil comme celui qui provient du poumon ou des bronches.

Ce qui rend le diagnostic très-difficile dans ce cas, c'est qu'il existe en même temps affection gastrique et thoracique ; il n'y a qu'une attention très-soutenue, et un commémoratif exact qui puissent faire éviter l'erreur, qui d'ailleurs ne serait qu'une demi-erreur, puisque les deux organes seraient affectés.

L'hématémèse peut être idiopathique, symptomatique, critique, supplémentaire, etc. Les circonstances commémoratives et concomitantes doivent faire porter un diagnostic juste.

Le pus annonce nécessairement ou la suppuration des parois de l'estomac, ou l'ouverture d'un abcès éloigné dans l'intérieur de cet organe.

Les fausses membranes annoncent une irritation portée à un très-haut degré, et parvenue à la deuxième ou troisième période ; les vers et les kystes portent avec eux leur signification. Quant aux calculs que les auteurs disent avoir rencontrés dans les matières vomies, leur formation échappe à notre explication, leur existence n'est point assez constatée dans l'homme, et le fût-elle, on pourrait bien penser que, dans bien des cas, ils sont venus du dehors.

Les autres qualités des matières vomies sont moins intéressantes pour le diagnostic, et la plupart ne servent qu'à éclairer sur leur nature, ou à donner quelques bases pour le pronostic.

Leur couleur, par exemple, fait connaître si les matières sont muqueuses, bilieuses, sanglantes, purulentes, etc. Il est cependant quelques nuances qui semblent appartenir plus particulièrement au cancer de l'estomac ; ainsi la couleur café au lait, mais surtout la couleur de suie, est un signe des plus positifs de cette maladie.

Une femme de quatre-vingt-trois ans, n'ayant jamais, disait-elle, éprouvé d'accidents vers l'estomac, réclama mes soins parce qu'elle ressentait, depuis *quelques jours seulement*, des nausées, des vomissements, de l'inappétence, peu de soif, une légère douleur épigastrique, de la constipation ; d'ailleurs, il n'y avait pas d'amaigrissement : la peau n'était pas chaude, le pouls était un peu dérangé, les autres fonctions saines. Je demandai les matières vomies, on les avait jetées ; je palpai l'épigastre, et ne trouvai rien ; je prescrivis les délayants et la diète. Je me retirais, lorsque j'aperçus sur les draps une tache large comme la main, et *noirâtre, fuligineuse ;* je demandai si cette tache provenait des matières vomies, on me répondit affirmativement ; je palpai de nouveau et avec plus de soin, et je reconnus une tumeur vers le foie. Voici donc un cas où la seule couleur des matières a fait éviter une erreur de diagnostic, qui aurait pu être d'autant plus dangereuse qu'on aurait pu prescrire un émétique, lequel n'aurait pas manqué d'exaspérer l'état de la malade, et comme cette malade succomba au bout de trois ou quatre jours, on aurait eu le regret de croire que l'on avait précipité sa mort. La seule couleur des matières vomies nous épargna tous ces dangers. La malade succomba, en effet, à un cancer de l'estomac. Nous dirons tout à l'heure comment il se fait que le vomissement peut n'avoir pas lieu dans cette maladie.

La consistance plus ou moins grande des matières vomies, leur odeur aigre, fétide, servent aussi à caractériser leur nature.

Il n'est pas indifférent que les matières soient très-abondantes ou qu'elles le soient peu. L'abondance des matières désigne en général une maladie violente. Il n'est pas indifférent surtout que le vomissement soit continu, durable ou passager. Dans ce dernier cas, il dépend évidemment d'une maladie aiguë, qui peut se terminer par la résolution ; tandis que dans le premier il y a tout à craindre qu'il ne soit le symptôme d'une affection organique profonde. Le vomissement chronique est en général un des signes caractéristiques des maladies organiques de l'estomac. Nous avons cependant sous les yeux l'exemple d'une jeune fille très-nerveuse, affectée, entre autres maux, d'un vomissement chronique qui ne paraît pas dépendre d'une altération organique.

Il peut arriver, avons-nous dit, que le vomissement n'existe pas. En voici les raisons : lorsque la maladie a son siége au pylore, l'ulcération peut faire de tels progrès, que cette ouverture se trouve même plus grande que dans l'état naturel ; alors les substances ingérées dans l'estomac passent facilement dans les autres intestins. Il peut arriver aussi que l'estomac soit squirrheux dans toute son étendue, alors, quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur la compression ou la contraction de ce viscère pour produire le vomissement, il se trouve, par l'effet de la maladie, également *incontractile* et incompressible, et le vomissement ne peut avoir lieu. Enfin, si la maladie a son siége au cardia ou sur le corps de l'estomac, le pylore étant libre, il peut se faire que le vomissement n'ait pas lieu ; les aliments continuent à passer dans le duodénum comme dans l'état de santé.

Lorsque le vomissement est le signe d'une gastrite, la douleur locale, les phénomènes de réaction, l'invasion, la marche de la maladie, la font aisément reconnaître.

Les maladies de la peau sont quelquefois accompagnées de vomissements qui peuvent être idiopathiques, mais qui nous paraissent le plus ordinairement sympathiques.

Dans le tétanos, dans des accès d'épilepsie, d'hystérie, dans les affections thoraciques chroniques, dans la deuxième et la troisième période de la phthisie, dans l'apoplexie, dans les inflammations du cerveau et de ses enveloppes, pendant la dentition et la grossesse, etc., etc., on observe le vomissement. Dans tous ces cas, pour reconnaître si ce symptôme est idiopathique ou sympathique, il faut se diriger d'après les règles que nous avons tracées au commencement de cette section.

De la digestion intestinale, de la défécation et des fèces.

Par les raisons énoncées plus haut, nous croyons inutile de dire quelles sont les conditions qui constituent l'état de santé des intestins et de leurs fonctions. Il est seulement bon de rappeler que certaines substances influent beaucoup sur les qualités des matières excrétées, et principalement sur leur couleur; elles prennent assez généralement la teinte des aliments ou des médicaments dont on fait usage. On ne doit tenir compte en séméiologie que des changements que les maladies leur font subir.

On a distingué des déjections critiques et des déjections acritiques ou symptomatiques. Les premières guérissent ou soulagent beaucoup les malades; les autres ne sont suivies d'aucun amendement.

On a regardé dans ces derniers temps tous les changements survenus dans les matières alvines et dans la défécation, comme un signe d'irritation intestinale; nous croyons que c'est une erreur. Ainsi, par exemple, les déjections sont suspendues dans les premières périodes de la plupart des maladies aiguës; ce phénomène est tout à fait analogue à la sécheresse de la peau, avec laquelle il coïncide dans cette circonstance; à moins qu'on ne s'avise de dire qu'il y a alors phlegmasie de la peau, je ne vois pas qu'on puisse dire qu'il y a phlegmasie de la membrane muqueuse intestinale. Non pas que je nie que ce phénomène puisse ariver dans l'irritation des intestins, je pense au contraire qu'il en est un signe très-ordinaire; mais je pense seulement que dans les cas dont je viens de parler, il n'en est point un; il annonce seulement une irritation quelconque d'un organe plus ou moins éloigné.

Il est d'autres circonstances où la constipation est bien moins encore le résultat de l'irritation; je veux parler de celle qui arrive chez les vieillards, et que j'ai eu de fréquentes occasions d'observer.

Il est indubitable que l'âge n'apporte dans les organes des modifications profondes; l'une des plus incontestables, c'est assurément celle qu'il détermine dans les organes de l'innervation. L'on sait que le cerveau durcit, perd de sa blancheur et de son volume par les progrès de l'âge; les nerfs éprouvent des changements analogues; ils sont moins volumineux et plus durs que dans l'enfance et la jeunesse. Ces altérations dans la texture des organes de l'innervation, sont parfaitement en rapport avec les altérations dans leurs fonctions. La sensibilité et la contractilité sont en effet prodigieusement diminuées, et cette diminution se fait principalement sentir sur les gros intestins et sur la vessie : alors se manifestent les incontinences ou les rétentions d'urine, et la constipation. L'on conçoit, en effet, que si le canal alimentaire n'est plus irrité par la présence des matières fécales, sa contractilité, diminuée dans la même proportion, ne sera plus sollicitée par le séjour des matières alvines, lesquelles pourront s'accumuler indéfiniment. Certes, cette constipation n'est pas le résultat d'une irritation.

Cette constipation est loin d'être sans inconvénients; elle finit par faire naître les accidents les plus graves.

Lorsque les matières alvines sont accumulées depuis long-temps, elles acquièrent une grande consistance par l'absorption des parties les plus ténues; de plus leur volume devient tel qu'elles distendent l'intestin outre mesure, au point que je l'ai vu égaler quelquefois la tête d'un enfant. Alors la contraction du conduit intestinal devient impuissante. Qu'arrive-t-il? c'est que ces matières finissent par agir comme de véritables corps étrangers; elles déterminent d'horribles entérites accompagnées de tout leur cortége : tuméfaction du ventre, soif vive, inappétence, nausées, vomissements, congestions vers la tête; pouls fort, fréquent; respiration difficile; gangrène des intestins, mort.

Cet état est d'autant plus dangereux, que les malades affaiblis par l'âge ne peuvent pas rendre compte de leur état. De plus, l'inflammation consécutive développée par la présence des fèces finit par donner lieu à une augmentation de l'exhalation muqueuse intestinale, laquelle dissout une certaine quantité de matières à leur périphérie; ces matières liquides s'écoulent entre les parois de l'intestin et le pourtour des fèces, et donnent lieu à une sorte de défécation involontaire; de manière que si l'on s'informe auprès des gens qui entourent le malade de l'état des selles, ils ne manquent pas de répondre qu'il va en dévoiement, ce qui plonge inévitablement le médecin dans l'erreur. J'ai vu cette erreur produire un accident plus affreux peut-être que la gangrène des intestins. J'ai vu les intestins, distendus au dernier point, se déchirer, se rompre en travers, et les matières faire irruption dans le bas-ventre! Ce spectacle horrible est d'autant plus difficile à supporter, que si l'on eût reconnu la maladie, rien n'eût été plus facile que d'y remédier d'une manière mécanique, en allant à la recherche des matières au moyen d'une curette.

La constipation a lieu ordinairement lorsqu'il existe une excrétion considérable d'une autre nature. Elle survient dans la convalescence des maladies; elle succède souvent aux purgations plus ou moins fortes. Elle peut être un signe de l'altération de la moelle épinière; elle accompagne souvent la paraplégie; elle se manifeste dans l'hystérie, l'hypocondrie, la manie, l'apoplexie, etc. La constipation se montre dans le cancer de l'estomac et des intestins, dans les exanthèmes chroniques; je l'ai vue produite par la compression du rectum, sur lequel pesait une tumeur de l'utérus ou de l'ovaire. La colique de plomb l'occasionne ordinairement. Enfin elle est complète, c'est-à-dire que le cours des matières fécales est entièrement suspendu, dans l'occlusion des intestins par une hernie étranglée, ou par une tout autre cause mécanique. Elles prennent alors un cours rétrograde, et sont rejetées par le vomissement.

On voit, par ce que nous venons de dire, que la constipation est quelquefois sympathique, mais

que bien plus souvent elle est le signe d'un état local des organes contenus dans le bas-ventre, et qu'il est extrêmement important, sous le rapport du pronostic et du traitement, de préciser le genre d'altération qui la produit.

Le cours des matières fécales est souvent accéléré dans les maladies; alors elles sont plus liquides que dans l'état ordinaire; elles sont aussi plus abondantes et les déjections plus fréquentes. On a encore prétendu que l'augmentation de la sécrétion et des excrétions intestinales étaient toujours l'effet de l'irritation; nous ne le pensons pas. Il est bien certain que dans la seconde et plus souvent dans la troisième période des inflammations de ces organes, cette excrétion devient plus abondante; mais prétendre pour cela que ce phénomène soit toujours produit par la même cause, c'est ce que ne démontrent ni l'observation, ni l'expérience. Il est en général peu philosophique de croire que le même effet, en apparence, soit toujours le résultat de la même cause. Si, fréquemment entre les mains de la nature, un moyen unique et simple donne naissance à mille effets divers, ne sait-on pas aussi qu'un même effet est occasionné par mille moyens différents? Pour le sujet qui nous occupe, nous croyons que, dans bien des circonstances, le dévoiement est l'effet de l'irritation de quelque portion du conduit alimentaire, mais que dans beaucoup d'autres il n'en est pas de même. Ainsi l'exhalation intestinale peut être augmentée comme toutes les autres exhalations par un excitant physiologique, de la même manière que les larmes, la salive, le sperme, qui deviennent plus abondants sans qu'il y ait inflammation des glandes lacrymales, salivaires, ou des testicules; ou bien encore comme l'exhalation à la peau, la sueur, qui n'est certainement pas le signe de l'inflammation du tissu cutané. Ceci nous conduit à conclure, d'abord, qu'il faut soigneusement distinguer ces cas, et d'une autre part, que le dévoiement arrivant sans inflammation préalable, beaucoup de substances appelées laxatives peuvent le déterminer sans produire l'irritation des intestins, ainsi qu'on l'a prétendu.

Je vais plus loin, je crois qu'il est certains états de la membrane muqueuse intestinale bien opposés à l'inflammation, et qui donnent lieu à des dévoiements très-opiniâtres. La membrane dont nous parlons est pellucide, transparente, infiltrée d'une espèce de sérosité comme œdémateuse. Elle me semble alors présenter la plus parfaite analogie avec l'infiltration du tissu cellulaire, et à moins de regarder celle-ci comme inflammatoire, je ne pense pas qu'on doive considérer celle-là comme étant de cette nature. Dans ce cas, les matières muqueuses me semblent s'échapper pour ainsi dire mécaniquement, passivement, par l'affaiblissement extrême des glandes mucipares ou des autres organes chargés de cette exhalation. Si l'on dit que cet état a succédé à un état inflammatoire, on devra admettre qu'il ne doit plus être traité comme une inflammation, mais qu'il réclame un traitement opposé.

Ces deux points de constipation et de dévoiement, considérés comme signes d'irritation, étaient importants à éclaircir dans l'état actuel de la science.

Dans l'invasion de la variole, on observe quelquefois une diarrhée assez abondante. Dans la péritonite ainsi que dans l'entérite, on observe également la diarrhée ou la constipation.

Le dévoiement se manifeste souvent vers le déclin des maladies aiguës, peu de temps avant la convalescence; il est un symptôme assez fréquent dans les hydropisies, chez les enfants il se montre avant et pendant la dentition; enfin il est peu de maladies qui ne puissent être accompagnées de diarrhée ou de constipation.

Un dévoiement excessif arrive souvent à la fin des maladies chroniques, telles que la phthisie; il dépend de l'ulcération des intestins, il épuise le malade, et le conduit à la mort : c'est le dévoiement colliquatif.

Le canal alimentaire est le siége de douleurs très-variables par leur siége, leur nature, leur intensité, etc. Ces douleurs, sur lesquelles nous aurons occasion de revenir, fournissent des données précieuses pour le diagnostic local des maladies intestinales, et pour quelques autres. Mais l'un des phénomènes diagnostiques les plus dignes d'attention que présentent les intestins, ce sont assurément les tumeurs qui peuvent survenir sur tous les points de leur étendue, qui peuvent être formées par des matières fécales accumulées, par des corps étrangers venus du dehors, par des gaz, par le déplacement d'un organe, par l'agglomération des intestins par le développement d'un viscère quelconque, par la désorganisation profonde des parois intestinales, ou par l'altération de tout autre organe, par la dilatation et l'ossification des gros vaisseaux, etc., etc., qui peuvent se montrer dans toutes les régions de l'abdomen, être douloureuses, indolentes, mobiles, adhérentes, persistantes, disparaissant et reparaissant alternativement, molles, dures, volumineuses, etc.; tous caractères très-propres à les faire distinguer, à faire reconnaître à quelles maladies elles appartiennent, et par conséquent à fournir un pronostic sûr et des indications curatives certaines. Nous reviendrons aussi sur cet objet intéressant.

Les gaz intestinaux méritent notre attention : on les attribuait autrefois à l'air introduit dans l'estomac avec les aliments, et au dégagement qui pouvait résulter de la décomposition des matières alimentaires. On s'appuyait sur ce que certaines substances en développaient une plus grande quantité que d'autres; en second lieu sur ce que le bol alimentaire devait contenir de l'air interposé entre ses molécules par la mastication, air nécessaire à l'acte digestif; mais il est facile de démontrer que ce ne sont point là les véritables sources des gaz intestinaux.

D'abord, il arrive bien souvent que dans les maladies, après une diète prolongée, le ventre se météorise, certes, il ne peut y avoir là décomposition d'aliments, puisqu'il n'y en a pas eu d'introduits. Dans les accès d'hystérie, on voit le ventre se tympaniser pour ainsi dire instantanément; ce n'est pas là non plus le résultat de l'indroduction des aliments. Il faut donc admettre qu'il se fait, sur la surface de la membrane muqueuse des voies digestives, une perspiration analogue à celle qui a lieu à la peau, et sur la membrane qui tapisse les voies aériennes. L'analogie des tissus, les procédés uniformes de la nature, tout concourt à faire regarder cette opinion comme démontrée. M. Gérardin a publié une thèse sur ce sujet.

Ces gaz peuvent être beaucoup plus abondants qu'à l'ordinaire, et s'échapper par la bouche ou par le rectum, produire des bruits particuliers dans l'abdomen, bruits auxquels on a donné le nom de *borborygmes*. Leur accumulation dans les intestins peut être le signe d'une faiblesse extrême de ces organes qui ne peuvent plus se contracter pour les expulser. C'est ce qu'on observe souvent vers la terminaison fâcheuse des gastro-entérites, des péritonites, et même de phlegmasies plus éloignées.

Dans le commencement des maladies le développement des gaz doit être considéré comme un signe d'irritation. On les observe ordinairement chez les personnes faibles et débiles, chez les valétudinaires, les convalescents, les enfants, les vieillards, les gens de lettres, les personnes nerveuses; en général chez toutes celles dont les organes gastriques ne jouissent pas d'une grande énergie; nous ne croyons pas que dans ces cas ils doivent être regardés comme l'effet d'une irritation.

On a observé un dégagement de gaz dans l'utérus, maladie qui a reçu le nom de tympanite de la matrice, et qui aurait bien dû faire voir que l'exhalation gazeuse n'était pas le résultat de l'ingestion des aliments. On peut en dire autant des gaz venus de la vessie et sortis par l'urètre.

La défécation proprement dite, ou l'acte par lequel les matières alvines sont expulsées au dehors, fournit quelques signes au médecin. La défécation est difficile et douloureuse dans les maladies du rectum, dans le cancer de cet organe, dans les hémorrhoïdes, dans les tumeurs, les ulcères syphilitiques ou autres, dans les abcès, les fistules de ces parties, dans les affections vermineuses; enfin dans les inflammations aiguës de la membrane qui les revêt. Dans la dyssenterie il existe des envies fréquentes d'aller à la selle avec des efforts impuissants de rendre les excréments. Le ténesme peut aussi se montrer dans la dernière période de maladies chroniques, dans le cancer de la vessie, etc.

La défécation involontaire, sans que le malade en ait la conscience, annonce une affection cérébrale primitive ou consécutive, le délire, une maladie de la moelle épinière, ou bien un état voisin de l'agonie, une prostration extrême des forces.

La défécation involontaire peut aussi arriver dans la plupart des affections locales du rectum, lorsque le malade, malgré ses efforts, ne peut retenir ses excréments, ou dans un besoin très-impérieux d'aller à la garde-robe.

Les matières excrétées nous éclairent beaucoup sur l'état des fonctions intestinales et des organes qui concourent à ces fonctions.

Relativement à leur nature, elles sont le résidu de matières alimentaires plus consistant ou plus mou que dans l'état naturel; ces deux qualités peuvent être portées à l'excès. Les matières ne sont quelquefois que de l'eau claire, d'autres fois elles ressemblent à une solution de gomme dans du blanc d'œuf; elles sont presque constamment dans ce cas le résultat d'une irritation des intestins. Les auteurs ont prétendu qu'elles pouvaient contenir du chyle (flux cœliaque); il est bien probable que que ces observations ne sont pas exactes, et que l'on ne doit y ajouter qu'une confiance médiocre : mais elles sont souvent de bile pure, et l'on y rencontre des aliments à demi digérés; lorsque les organes gastriques sont affaiblis par des excès antérieurs, c'est la lienterie. La présence du sang atteste en général un état inflammatoire, surtout lorsqu'il est en stries ou fondu uniformément dans les mucosités; lorsqu'il est pur, liquide ou caillé, il peut être le signe d'une exhalation sanglante primitive, consécutive, critique, symptomatique, supplémentaire, active ou passive, ou le résultat de la rupture de quelque tumeur hémorrhoïdaire, ou de celle d'un vaisseau artériel ou veineux, s'ouvrant dans les intestins, d'une ulcération, etc. Enfin, lorsqu'elles sont purulentes, il est impossible de révoquer en doute l'existence d'une inflammation des intestins ou de quelque partie plus ou moins éloignée, mais dont le pus se sera fait jour jusque dans l'intérieur de ces organes.

La consistance des excréments peut être gazeuse, liquide ou solide. Nous n'ajouterons rien à ce que nous avons déjà dit des gaz qui peuvent varier par leur odeur, aussi bien que par leur quantité; nous dirons seulement que dans quelques maladies, et notamment dans le cancer de l'estomac, et dans la colique des plombiers, les matières alvines sont très-consistantes, noirâtres, ramassées en petits pelotons comme celles des brebis, *ovillées*. Lorsqu'elles sont liquides, elles peuvent ressembler à une purée homogène ou à de l'eau. Les excréments liquides qui ont lieu dans le carreau semblent appartenir à une irritation chronique des intestins.

Il n'est certainement pas indifférent que les évacuations soient excessives, moyennes ou presque nulles; mais cela est plus important pour le pronostic que pour le diagnostic des maladies.

Il est assez important de remarquer la couleur des fèces, parce qu'elle éclaire sur leur nature, et peut indiquer à quelle maladie elles appartiennent. Elles sont blanches, grises, jaunes, safranées, rouges, verdâtres, brunes, noires. J'ai eu souvent occasion de remarquer dans les intestins d'individus qui avaient succombé à des entérites violentes, une matière jaune, safranée, principalement dans l'iléon et le jéjunum; c'est un signe assez sûr d'une très-violente inflammation. J'ai aussi remarqué des matières grises pultacées dans les gros intestins, dans les intestins grêles, dans le duodénum, de gens morts dans une période avancée d'entérite : la membrane muqueuse est alors d'un rouge vif, épaissie sensiblement. Les selles sont rouges lorsqu'elles sont sanglantes; et je crois que leur couleur brune ou noire est aussi due, dans la majorité des cas, à la présence d'une certaine quantité de sang qui a séjourné quelque temps dans les intestins.

La fétidité plus ou moins grande des excréments donne lieu à quelques signes pronostiques, mais n'éclaire nullement le diagnostic, ou du moins très-peu.

De nos jours on néglige beaucoup les signes fournis par les matières alvines. D'après ce que nous venons de dire, on doit voir cependant combien on peut obtenir de signes utiles de leur observation attentive. Diagnostic local et général, pronostic, traitement, tout peut en recevoir les lumières les plus précieuses. On a donc tort de s'en rapporter sur ce sujet au dire des malades ou des personnes qui les entourent. La répugnance qu'inspire un pareil examen est honteuse pour un médecin ami de l'humanité; son ministère est d'autant plus grand, plus élevé, plus noble, qu'il faut plus de courage et de dévouement pour le remplir. Lorsque le but est la conservation de l'homme, rien ne saurait être indigne de la sollicitude de l'homme.

§ II. *Phénomènes morbides de l'appareil circulatoire, considérés comme signes diagnostiques.*

Il est peu d'affections, avons-nous dit, dans lesquelles la circulation ne présente quelques troubles, c'est dire assez que les signes que nous donne cette fonction sont bien plus souvent sympathiques qu'idiopathiques; la proportion des premiers aux seconds est celle de toutes les maladies des autres organes aux seules maladies du cœur et des ses dépendances. Les phénomènes circulatoires étant le plus souvent sympathiques, il s'ensuit qu'ils nous sont bien plus utiles pour le diagnostic général, tel que l'appréciation des forces, pour le pronostic et

les indications de traitement, que pour le diagnostic local.

Nous n'ignorons pas que bien des médecins prétendent encore de nos jours, que le pouls présente un caractère particulier selon l'organe malade, mais nous croyons peu philosophique d'ajouter une grande importance à ces distinctions, et celui qui fonderait sont diagnostic sur des signes de ce genre s'exposerait à de fréquentes méprises. Il n'y a pas longtemps encore, un observateur a prétendu que le pouls présentait toujours le même caractère dans les maladies cérébrales, et principalement dans les ramollissements du cerveau; de pareilles assertions ne méritent pas d'être refutées sérieusement. Pour peu qu'on ait eu occasion d'observer des malades, on doit s'être aperçu que le pouls variait dans la même maladie suivant l'époque où elle se trouvait, suivant l'instant du jour, suivant que le malade était ou n'était pas dans le paroxysme, suivant les remèdes qu'on mettait en usage, etc, etc.; ainsi, cette prétention ne peut être que celle de l'ignorance ou de l'irréflexion.

Un travers bien autrement condamnable, c'est de faire tourner cette prétention de connaître toutes les maladies par le pouls à l'avantage de sa réputation et de sa fortune.

J'ai connu un médecin qui ne manquait jamais de s'informer, auprès des gens qui entouraient un malade, des phénomènes que celui-ci avait éprouvés pendant son absence, et qui venait ensuite débiter au malade lui-même, après lui avoir tâté le pouls d'un air mystérieux, tout ce qu'on venait de lui raconter. On peut juger de la vénération qu'un talent aussi merveilleux lui attirait de la part de ses clients; j'ai été plusieurs fois témoin de cette conduite de sa part.

M. Landré-Beauvais, désirant avoir l'avis de quelque confrère dans une maladie grave, demanda une consultation; le médecin dont nous parlons fut désigné. M. Landré-Beauvais, avant de l'introduire auprès du malade, mit son confrère au courant des symptômes qui s'étaient présentés depuis l'invasion de la maladie. A peine ce nouveau médecin fut-il auprès du malade, qu'il lui saisit la main d'un air solennel, et après un moment de méditation profonde, il lui débita d'un ton prophétique, et en présence de son confrère, tout ce qu'il venait d'apprendre. Cette conduite lui fut vivement reprochée après la consultation; mais est-il quelques reproches qui puissent toucher ces hommes sans pudeur? Ce médecin, s'appelait Agathange Le Roy. Aujourd'hui, nous ne lui devons plus que la justice : le temps des égards est passé. C'est ainsi qu'il surprenait la confiance de ses malades. Un mépris profond doit être le prix d'une semblable conduite.

Qui croirait que M. Double, dont la délicatesse ne saurait être contestée, ait pu donner cette manière d'agir en précepte dans son ouvrage sur la séméiologie (1)? A la vérité, l'auteur a soin de dire que la confiance ainsi acquise doit être tournée au profit du malade; mais qui ne sent tout ce qu'une pareille conduite a d'inconvenant?

Les médecins chinois, japonais et cochinchinois jugent tous les phénomènes des maladies par l'état du pouls, dont ils ont fait d'innombrables distinctions; mais cette habitude ne peut être de leur part que le résultat d'une aveugle prévention, à moins qu'on ne les suppose tous des charlatans, des imposteurs.

Les données acquises par l'exploration du pouls seront surtout précieuses pour l'appréciation des forces du malade, et pour faire reconnaître le dégré d'intensité de la maladie; mais elles ne seront en nulle occasion plus utiles que dans les maladies feintes ou dissimulées. En effet, la circulation n'étant pas sous l'influence directe de la volonté, il est impossible au malade de mettre en rapport ses plaintes et l'état du pouls, et c'est presque toujours là qu'on le trouvera en défaut. Qu'un malade accuse, en effet, une douleur violente dans un organe, un trouble profond dans la fonction que cet organe exécute, si le pouls se trouve dans l'état naturel, on aura la plus grande raison de douter de son assertion. Il en sera de même si, avec un pouls très-fort, très-fréquent, ou présentant toute autre qualité fort éloignée de l'état naturel, il affirmait n'être pas malade. C'est par ce moyen qu'on peut juger si le malade exagère ses douleurs ou cherche à les dissimuler.

Circulation artérielle.

Les battements artériels sont en général multipliés dans toutes les maladies aiguës. Ainsi le pouls est fréquent dans la pléthore, dans les inflammations de la peau, dans celles des membranes muqueuses, séreuses, synoviales, dans les phlegmasies des organes parenchymateux; peut-être la cardite, la péricardite, l'encéphalite font-elles quelquefois exception à cette règle générale, etc.

Les hémorrhagies actives, qui offrent d'ailleurs tant d'analogie avec les inflammations, ainsi que l'a ingénieusement démontré, dans sa dissertation inaugurale, le docteur Lefebvre, donnent aussi lieu à la fréquence du pouls. Nous en dirons autant d'une multitude de névroses; la manie principalement accélère la circulation. Quant aux affections organiques, il est rare qu'on observe la fréquence du pouls, moins qu'une nouvelle inflammation ne se soit développée consécutivement dans le voisinage de la maladie ancienne, ce qui arrive presque constamment.

Ainsi il est bien vrai de dire, au rapport même des auteurs anciens, que la fréquence du pouls est un signe d'irritation; mais on a eu tort d'avancer que cette fréquence était toujours un signe d'irritation et un signe de force. On a raisonné d'après ce principe physiologique, que tout organe dont la fonction était activée, accélérée, devait nécessairement être doué d'un surcroit d'énergie. Les conséquences de ce principe peuvent être trop graves pour le laisser passer sans examen. Nous croyons cette opinion entièrement erronée, du moins pour ce qui concerne la circulation. L'expérience ne prouve nullement que la fréquence du pouls soit toujours un signe de force et d'irritation. Si l'on fait périr un animal d'hémorrhagie, les battements du cœur deviennent d'autant plus fréquents que le terme fatal approche davantage : dira-t-on alors que l'animal a plus de force? Cet étrange paradoxe ne serait guère plus fort qu'une foule d'autres que nous voyons soutenir tous les jours. M. Boisseau a donné de ce phénomène une explication ingénieuse, dans le *Journal universel des sciences médicales*. Il attribue dans certains cas la fréquence des battements artériels à la faiblesse du cœur, et voici son raisonnement : si le cœur n'est plus assez fort pour opérer complètement, pour achever sa contraction, s'il ne l'opère qu'à moitié, par exemple, n'est-il pas vrai que, dans un temps donné, ses contractions devront doubler en nombre? C'est en effet, ce qui a lieu, et lorsque la faiblesse est parvenue

(1) *Séméiologie générale*, tome I, page 115.

au dernier degré, le pouls est convulsif, il est impossible de compter ses pulsations. C'est ce qu'on remarque dans les agonies.

Toutefois l'on peut dire d'une manière générale que la fréquence du pouls augmente et diminue en rapport de l'irritation qui existe; ce qui est un très-grand moyen de reconnaître l'intensité de cette irritation.

Le pouls devient d'une excessive fréquence vers la fin des maladies, lorsque le terme fatal s'approche.

On remarque la rareté du pouls dans la vieillesse, et surtout chez les hommes, chez les individus dont le thorax est mal conformé (je n'ai pas eu l'occasion de confirmer cette dernière observation); chez ceux où domine l'appareil lymphatique; chez ceux qui sont faibles, épuisés par des excès; pendant l'hiver, et dans des climats froids.

Les maladies où l'on trouve la rareté du pouls sont la plupart des affections cérébrales, surtout celles où il existe une compression manifeste; la syncope et l'asphyxie, dans lesquelles la circulation finit par être complètement suspendue; certaines maladies du cœur où l'on trouve un obstacle à la circulation, situé à l'orifice ventriculo-aortique, ou du moins avant la naissance des sous-clavières; les maladies chroniques avec épuisement.

La fréquence et la rareté du pouls ne peuvent pas être observées isolément, non plus que les autres phénomènes de la circulation artérielle. Ce signe isolé n'aurait presque aucune valeur; il faut nécessairement, pour qu'il en acquière, qu'il soit observé concuremment avac d'autres qualités du pouls. Ainsi, on devra remarquer si le pouls fréquent est en même temps fort, dur, grand, vite ou mou, petit, faible, etc. On sent bien que, dans ces divers cas, la fréquence du pouls doit changer de signification. Si le pouls fréquent est en même temps fort, dur, etc., on conclura que les forces du malade sont en excès, que l'irritation est très-vive, etc.; s'il est au contraire faible, mou, petit, on devra conclure qu'il y a faiblesse chez le malade, soit faiblesse directe, soit concentration des forces.

— La vitesse avec laquelle s'exécutent les diverses parties de l'acte de la circulation peut être augmentée ou diminuée. Je ne sais pas si la définition admise par les auteurs de séméiotique, de la vitesse et de la lenteur du pouls, doit être conservée. Ils on dit que, dans le pouls vite, la diastole était plus rapide que la systole; que l'inverse avait lieu dans le pouls lent. Je pense que la vitesse des deux mouvements de concentration et de dilatation caractérise le pouls vite, et que la lenteur de ces mêmes mouvements caractérise le pouls lent. Oserai-je dire ici tout ce que je pense? Ces distinctions me paraissent encore subtiles; elles me semblent tenir beaucoup aux habitudes de l'école. La vitesse du pouls est tellement nécessaire dans la fréquence, qu'il est bien difficile de les séparer. Pour que le pouls soit fréquent, n'est-il pas nécessaire que ses mouvements soient rapides? Pourrait-il être fréquent s'ils étaient lents? A la vérité ces mouvements sont quelquefois rapides lorsque le pouls est rare; mais cette distinction offre-t-elle des avantages réels, conduit-elle à des résultats pratiques bien évidemment utiles? Enfin n'arrive-t-il pas tous les jours qu'on se sert du mot fréquent pour dire vite, et du mot lent pour dire rare? S'il en est ainsi, ces distinctions ne sauraient être bien importantes.

Chez les femmes, chez les enfants, chez les personnes où domine l'appareil de l'innervation, enfin dans la plupart des cas où le pouls est fréquent, les mouvements artériels sont en même temps rapides.

Si le pouls vite est en même temps fort et fréquent, il indique une phlegmasie intense, et des forces considérables chez le malade; il indique une faiblesse très-grande au contraire, s'il est en même temps petit et faible, bien qu'il puisse cependant exister une phlegmasie.

Dans l'apoplexie, le ramollissement du cerveau et quelques autres maladies cérébrales, le pouls peut être lent, mais ordinairement il est en même temps plus ou moins fort. Lorsque la petitesse, la faiblesse se joignent à la lenteur du pouls, le malade est, en général, dans une profonde débilité.

Lorsqu'une inflammation se termine par gangrène, le pouls, qui auparavant était plus ou moins fort et développé, devient vite et petit; dans les agonies, le pouls est souvent très-vite et très-rare.

—Les épithètes de vibrant, tendu, raide, résistant, doivent être regardées comme synonymes de dur, lorsqu'on veut désigner la tension plus ou moins forte de l'artère.

Le pouls vraiment dur est un signe presque certain de l'existence de quelque inflammation intense; il indique en même temps beaucoup de réaction et beaucoup de forces chez le malade. Cependant il est une remarque très-importante que j'ai eu fréquemment occasion de faire à la Salpêtrière, c'est que l'état osseux, ou simplement cartilagineux, des parois artérielles, donne au pouls un caractère de dureté bien propre à en imposer aux médecins peu attentifs, ou encore inexpérimentés.

Le pouls est dur principalement dans la première période des maladies inflammatoires; dans les hémorrhagies actives, dans les inflammations des artères, enfin dans toutes les maladies qui donnent lieu à des phénomènes de réaction énergique.

On a remarqué le pouls dur dans quelques névroses, et surtout dans l'hystérie et l'hypocondrie; mais alors il est souvent petit et irrégulier; les urines sont claires et ténues, etc. Dans les maladies latentes, on peut regarder la dureté du pouls comme l'indice d'une inflammation; cet indice acquiert plus de probabilité, s'il se manifeste en même temps une douleur assez vive et assez constante dans un viscère. Dans la phthisie, si le pouls devient dur, et que des douleurs fixes se fassent sentir dans le thorax, on peut presque assurer qu'une portion du poumon s'enflamme. On doit en dire autant du foie, du péritoine et des intestins, si des phénomènes semblables se déclarent.

La mollesse du pouls, qui est naturelle aux femmes, aux enfants et aux personnes d'une constitution atonique, se retrouve aussi dans les maladies. Ce pouls peut se montrer vers le déclin des inflammations; il annonce en général l'abattement des forces et la chute de l'irritation. Néanmoins l'inflammation peut n'être pas résolue, et même n'être pas susceptible de résolution, et le pouls être très-mou; il est alors évidemment un signe d'adynamie. Le pouls est en général mou dans les maladies de long cours, lorsque les forces du malade ont été épuisées par la diète, le traitement, les douleurs et le maladie.

— Lorsque l'artère est superficielle, recouverte de peu de parties molles, il est assez ordinaire que le pouls soit grand. On doit rapporter à la grandeur du pouls sa grosseur, sa plénitude, son développement. Ainsi que la plupart des qualités du pouls que nous avons exposées jusqu'à présent, sa grandeur est un phénomène général, sympathique,

qui n'indique aucune altération particulière des organes de la circulation. On a prétendu que les maladies dont le siége était au-dessus du diaphragme donnaient lieu à la grandeur du pouls, tandis que celles qui avaient leur siége au-dessous de cette cloison musculaire produisaient le pouls petit; il est vrai que les choses se passent quelquefois ainsi, mais cette proposition est beaucoup trop générale. On voit beaucoup de phlegmasies de la tête et de la poitrine être accompagnées du pouls petit, et beaucoup de phlegmasies des viscères abdominaux exister avec un pouls développé. Tout en respectant les renommées justement acquises, prenons toujours garde de nous en laisser imposer par l'ascendant superstitieux des grands noms.

Le pouls grand s'observe à peu près dans les mêmes circonstances que le pouls fréquent, le pouls vite et le pouls dur. On a cependant remarqué que le pouls, quand il était grand, n'était pas toujours le signe d'une force réelle; que, dans les maladies dans lesquelles le pouls présentait ce caractère, si l'on faisait subir aux malades un traitement antiphlogistique un peu sévère, des symptômes d'adynamie ne tardaient pas à se manifester.

Le contraire a lieu, c'est-à-dire qu'il est des cas où le pouls petit n'est pas le signe d'une faiblesse réelle. Dans quelques inflammations, même violentes, arrivant sur des sujets jeunes et vigoureux, si l'on a négligé dans le principe le traitement débilitant, le pouls est petit, concentré; eh bien, dans ce cas, les saignées et tout l'appareil du traitement antiphlogistique sont suivis du développement du pouls et du cortége entier des signes de réaction; il y avait oppression, concentration des forces. Nous exposerons les caractères propres à faire discerner ces cas difficiles. Le pouls paraît quelquefois petit lorsque l'artère est profonde, c'est encore une sensation illusoire. Il est cependant vrai que le pouls petit est en général un signe de faiblesse réelle. On le trouve dans quelques affections cérébrales, dans les inflammations de méninges, dans la gangrène, la peste, les hydropisies chroniques, les longues suppurations, etc.

— Quoique le pouls fort soit l'indice le moins trompeur de la force générale, de la réaction et de l'intensité d'une inflammation, il est aussi quelques circonstances où cette force est illusoire. En lisant, avec toute l'attention qu'il mérite, l'ouvrage de Corvisart sur les maladies du cœur, on trouve que la force du pouls y est donnée comme un des caractères des anévrysmes actifs, et sa faiblesse comme l'un de ceux des anévrysmes passifs. En voulant faire au lit du malade l'application de ces principes, j'ai eu souvent occasion de voir que l'expérience leur donnait de fréquents démentis. En cherchant la cause de ce phénomène, je me suis assuré que le pouls était fort lorsque l'obstacle à la circulation, cause productrice de l'hypertrophie du cœur, se trouvait après la naissance de la sous-clavière; alors le sang abondait largement dans les extrémités supérieures, le pouls était fort; lorsqu'au contraire cet obstacle était placé à l'orifice ventriculo-aortique ou ailleurs, mais avant la naissance des sous-clavières, quoique les parois du ventricule gauche fussent très-développées, le pouls était petit, concentré, lent, et souvent irrégulier. Comme ce dernier cas est au moins aussi fréquent que l'autre, je crus devoir faire un mémoire sur ce sujet, mémoire inséré dans le *nouveau journal de médecine*, et dont je donne ici l'analyse pour établir sur des preuves la proposition que j'avance.

Les causes qu'on a assignées aux anévrysmes actifs ou avec épaississement des parois du cœur, et aux anévrysmes passifs ou avec amincissement de ces mêmes parois, et les signes qu'on a attribués à ces mêmes lésions, sont-ils le résultat d'une expérience constante? Telle était la question importante que nous nous proposions de résoudre dans ce mémoire, à l'aide d'observations positives.

On peut réduire aux caractères distinctifs suivants, ceux que Corvisart attribue aux diverses espèces d'anévrysmes :

« L'anévrysme actif reconnaît pour cause le tempérament sanguin, la force, la jeunesse, les travaux pénibles, les efforts violents, de longues courses à pied ou à cheval; des excès dans les plaisirs de l'amour; l'usage des aliments de haut goût, les excès dans les boissons alcoholiques, le chant, les cris, les vives affections de l'ame, les mouvements de colère, etc.

« Ses symptômes sont : la rougeur de la face, la violence des mouvements du cœur, mouvements sensibles à l'œil, à la main; la *force*, la *dureté*, la *vibration du pouls*, les battements des carotides, etc. »

Il attribue à l'anévrysme passif des causes et des signes en général différents ou même opposés.

Les observations publiées dans ce mémoire, prises parmi bien d'autres, semblent infirmer cette distinction. Les individus qui en font le sujet sont tous parvenus à un âge très-avancé, vivent sous l'influence de causes essentiellement débilitantes, telles qu'un régime peu nourrissant, un ennui, une inaction habituels; et même éloignés de leurs familles, ils sont en général en proie à des chagrins profonds; il sont pour la plupart affectés de maladies chroniques, et cependant rien n'est plus rare chez eux que l'anévrysme passif. Nous n'examinerons pas jusqu'à quel point cette distinction est fondée chez les jeunes sujets; mais nous citerons un exemple pris dans l'ouvrage de Corvisart (1), d'une jeune couturière de vingt-quatre ans, d'une faible constitution, et chez laquelle le pouls était petit et faible, qui néanmoins offrit à l'ouverture du corps un anévrysme actif des plus prononcés.

La première observation citée à l'appui de cette proposition est fournie par la nommée Françoise Dumay, âgée de soixante-cinq ans, d'une constitution faible et détériorée. Elle éprouvait de l'étouffement, des palpitations; le pouls était *assez* régulier, mais *faible*. A l'ouverture, on trouva le cœur énorme, dur; les parois du ventricule gauche avaient de quinze à dix-huit lignes d'épaisseur. L'aorte était osseuse, rugueuse à sa surface intérieure, alternativement resserrée et dilatée dans son trajet dans la poitrine. Cette observation prouve que la faiblesse du pouls doit être attribuée aux obstacles que l'ossification de l'aorte apportait à la circulation.

Dans la seconde observation, Chevillart éprouvait un étouffement périodique qui revenait tous les hivers. Je passe sous silence la description de son état, qu'on peut voir dans le *nouveau journal de médecine* d'avril 1818. Le pouls était intermittent à des distances inégales, fréquent, de force ordinaire; les battements du cœur plus sensibles que dans l'état de santé; à l'ouverture du corps, le cœur fut trouvé très-volumineux par l'épaississement de deux ventricules; les valvules aortiques et plusieurs points de l'aorte étaient ossifiés.

Dans la troisième observation, Madeleine Lacour, âgée de quatre-vingt-deux ans, éprouvait des phé-

(1) *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur, des gros vaisseaux*, etc; par J.-N. Corvisart, etc., page 74, seconde édition.

nomènes analogues et présentait un pouls petit, mou et irrégulier. Le ventricule gauche était très-épais, très-dur, sa cavité presque oblitérée. Il existait des ossifications de la grosseur d'une pistache aux orifices aortique et auriculo-ventriculaire.

Dans le sujet de la quatrième observation, le pouls était mou, facile à déprimer, fréquent, on trouva des altérations encore plus prononcées et de la même nature que les précédentes.

Dans la cinquième et la sixième observation, les malades ont le pouls petit, irrégulier, inégal, intermittent, et dans tous, l'hypertrophie du cœur et les ossifications des gros vaisseaux existent au plus haut degré, avec quelques variétés assez remarquables.

Il eût été facile de multiplier ces faits. Sur un relevé de quatre-vingt-une observations de maladies graves, trente-six ont succombé dans le mois d'avril et de mars 1817; vingt-six étaient des maladies du cœur, dont vingt-deux avec épaississement et et dureté des parois, et quatre seulement avec flaccidité de ces mêmes parois. Nous en avons conclu que l'anévrysme actif est très-fréquent chez les vieillards; qu'il est dû, dans la plupart des cas, à l'accumulation du phosphate calcaire dans l'aorte; d'où il suit que la jeunesse, l'âge adulte, le tempérament sanguin, et tout le cortége des causes excitantes, ne sont pas toujours nécessaires à la production de l'anévrysme actif; que le pouls, loin d'être toujours fort, dur et vibrant, est souvent petit, serré, mou, et même à peine sensible; que ces caractères sont d'autant plus marqués, que l'obstacle à la circulation est plus grand, et par conséquent que le cœur a dû acquérir plus de volume et d'épaisseur; que par conséquent la distinction des anévrysmes en actifs et en passifs n'est pas admissible dans ces cas, tant par rapport aux causes que par rapport aux signes.

Les individus chez lesquels prédominent les appareils respiratoire et circulatoire, robustes, continents, soumis à un régime fortement réparateur; les habitants des campagnes, des pays froids, des montagnes, est généralement le pouls fort.

La force du pouls se rencontre d'ailleurs dans les mêmes maladies que la grandeur, la dureté, la fréquence, et, comme elles, elle indique une surabondance de force. La polyæmie, l'intensité d'une phlegmasie, sont en général en rapport avec la force du pouls, de sorte qu'un pouls très-fort annonce une inflammation très-violente.

Lorsque l'artère est située profondément par une disposition anatomique, ou parce qu'elle est couverte d'une couche abondante de graisse, ou plongée dans des parties œdémateuses, le pouls paraît faible. Il l'est réellement chez les sujets faibles et débiles, d'une constitution où domine l'appareil lymphatique. Dans les phlegmasies adynamiques, le pouls est faible; il présente encore ce caractère dans les maladies pestilentielles, dans les gangrènes, les hémorrhagies passives, le scorbut, l'anémie, les affections chroniques, etc. Le pouls est faible après les accès d'hystérie, d'hypocondrie, et et de quelques autres maladies nerveuses.

— Dans l'état physiologique, les battements artériels doivent s'exécuter avec régularité : il est cependant des personnes chez lesquelles le pouls est irrégulier dans l'état de santé. Il présente souvent ce caractère chez les vieillards; mais des ouvertures de corps nombreuses m'ont appris que dans ce cas les artères étaient en général ossifiées. J'ai tout lieu de croire que l'irrégularité habituelle du pouls dépend d'une altération organique de quelqu'une des parties qui concourent à la circulation. Nous aurons occasion de revenir bientôt sur ce sujet intéressant, en parlant de l'isochronisme. On a cru remarquer que le pouls, habituellement irrégulier, devenait régulier dans les maladies; cette assertion mérite confirmation. Je n'ai jamais observé ce phénomène chez les vieillards.

L'intermittence, l'intercidence du pouls, comme les autres irrégularités, lorsqu'elles sont constantes, indiquent d'une manière à peu près certaine une altération dans les organes de la circulation. Ces anomalies ont la plus grande valeur pour le diagnostic local; ce sont des signes idiopathiques. Elles se montrent aussi dans les pneumonies profondes. Cela se conçoit parfaitement. Si nous croyons qu'il faut un obstacle à la circulation pour donner lieu à l'irrégularité du pouls, on peut bien penser que l'hépatisation du poumon pourra être cet obstacle. La respiration ne me paraît, ainsi que je l'ai avancé dans mon Cours d'hygiène, qu'une division de la circulation, une de ses branches; si donc le poumon, dans l'état naturel, est destiné à être traversé par le sang, s'il doit livrer un passage libre à ce fluide, il ne pourra plus remplir ce but s'il cesse d'être perméable; la circulation se trouvera arrêtée par un obstacle insurmontable; le sang du ventricule pulmonaire ne traversera plus le poumon, le sang du poumon n'arrivera plus dans le ventricule aortique; la circulation sera intervertie, troublée, et cela d'autant plus profondément que l'hépatisation sera plus considérable. L'intermittence, l'irrégularité du pouls pourront donc être des signes de pneumonie grave.

Le pouls peut être intermittent d'une manière passagère, par l'influence de l'innervation. Il est difficile d'expliquer ce mécanisme, mais le fait est incontestable. L'intermittence du pouls a lieu dans les névroses, dans les affections vermineuses, dans quelque phlegmasies du cerveau et des méninges.

— Le pouls inégal est en général le signe d'une altération des organes de la circulation, même lorsque cette inégalité existe dans l'état de santé; ainsi les séméiologues ont noté que le pouls était inégal chez les rachitiques et chez les vieillards bien portants; il est évident que dans ces cas cette inégalité est due aux obstacles que la conformation vicieuse du thorax et les ossifications des gros vaisseaux opposent à la circulation. Il est des individus chez lesquels une vive impression morale, ou l'abus de liqueurs excitantes, donnent lieu à l'inégalité du pouls; on doit reconnaître à ces effets l'influence de l'encéphale.

Le pouls est inégale dans quelques maladies du cerveau et des méninges, mais principalement dans celles du péricarde, du cœur, des gros vaisseaux et des poumons; on rencontre aussi le pouls inégal dans quelques névroses.

Lorsque le pouls inégal est en même temps petit et faible, et qu'il succède à un pouls convenablement développé dans une phlegmasie, il est à craindre que l'inflammation ne se termine par la gangrène. Nous ferons observer ici que les anciens admettaient avec beaucoup de facilité cette espèce de terminaison. L'expérience ne confirme nullement ce qu'ils ont écrit à ce sujet; rien n'est plus rare en effet que la gangrène des parenchymes. On ne doit attribuer leur opinion à cet égard qu'au peu d'occasions qu'ils avaient d'ouvrir des corps : ce défaut d'habitude leur a fait admettre la gangrène avec beaucoup de légèreté. Toutes les fois qu'un organe était bleu ou noirâtre, ils le croyaient frappé

de gangrène. Aujourd'hui les médecins les moins exercés aux recherches nécroscopiques savent que ces caractères ne suffisent pas pour établir l'existence de la gangrène, et que ce phénomène est bien plus rare que ne le croyaient nos prédécesseurs.

Nous ne devons pas achever ce paragraphe sans faire une remarque d'un autre genre. Comme c'est dans le pouls inégal qu'on a rencontré le plus grand nombre de pouls critiques, nous devons dire ici que rien n'est moins certain que les signes qu'on a tirés de ces espèces de pouls; que s'il arrive quelquefois que l'expérience ne demande pas les augures fondés sur ces données, il est bien plus fréquent qu'elle ne les confirme pas. Nous croyons donc pouvoir en éviter l'étude à nos lecteurs. Nous reviendrons sur ce sujet en traitant du pronostic et de la terminaison des maladies.

Les pouls organiques Fouquet ne méritent pas plus de considération.

— Le pouls insensible, comme signe général, annonce une faiblesse extrême s'il survient chez des personnes affaiblies par l'âge ou par des maladies antécédentes; si le pouls n'est insensible que momentanément, il peut être le symptôme d'une syncope, d'une asphyxie, ou même d'une attaque d'hystérie.

S'il n'est insensible que dans un membre il faudra conclure qu'il existe un obstacle à la circulation, que l'artère est oblitérée ou comprimée.

— Le pouls confus survient ordinairement dans les agonies, lorsque la fréquence des pulsations artérielles est telle qu'il est impossible de les distinguer; il est le signe d'un affaiblissement extrême.

En lisant les auteurs, on est étonné de rencontrer souvent que l'artère d'un côté donne un certain nombre de pulsations, tandis que celle du côté opposé en donne un plus grand ou un plus petit. Cette observation, que le raisonnement me faisait croire inexacte, et que M. Chomel avait signalée comme telle, excita ma curiosité et me fit faire des recherches propres à fixer ma manière de voir sur ce sujet.

Il ne faut pas être très-versé dans la connaissance des phénomènes physiologiques, pour sentir combien il est difficile d'admettre que les pulsations artérielles soient plus fréquentes dans un endroit que dans un autre. En effet, comment un agent, un moteur unique, le ventricule aortique, pourrait-il imprimer deux mouvements différents à la même colonne de liquide? Cependant les écrits des médecins fourmillent d'exemples d'une pareille anomalie. Nous pensons que la difficulté de partager son attention sur les deux pouls en même temps, est la principale cause de l'illusion qui a trompé la plupart des observateurs. Ayant eu lieu de faire tracer, par un élève instruit, l'histoire d'une maladie, celui-ci insista beaucoup sur le défaut d'isochronisme des deux pouls, étonné de cette proposition, je voulus m'assurer par moi-même de sa réalité. Ayant donc saisi l'un des deux bras, tandis que l'élève tenait l'autre, nous marquâmes par des signes convenus toutes les irrégularités, toutes les intermittences; les pouls des deux côtés se trouvèrent parfaitement isochrones. Cette expérience, répétée plusieurs jours de suite, donna constamment le même résultat.

Peu de temps après j'eus occasion d'observer le fait suivant :

La nommée Dufour vint réclamer mes soins pour une affection organique du cœur dont elle était tourmentée depuis deux ans, parmi les symptômes qu'elle me présenta, je crus remarquer une différence sensible dans la fréquence et la force des deux pouls. J'examinai ce symptôme avec beaucoup d'attention pendant quelque temps, et toutes les fois la différence me parut plus prononcée; il me fut enfin impossible de douter de cette différence, lorsque le pouls droit, qui était le plus rare et le plus faible, cessa complètement de se faire sentir, tandis que le gauche conservait toute son énergie. Alors je fis part de ce phénomène aux élèves, ajoutant qu'une lésion locale de l'artère pouvait seule en être la cause. La malade mourut le 17 novembre 1817, trois ou quatre jours après la disparition complète du pouls droit.

L'ouverture du cadavre fit reconnaître l'anévrysme actif du ventricule gauche, tel qu'il avait été présumé pendant la vie, et des ossifications aux valvules aortiques.

Il fut impossible d'introduire dans la moitié supérieure de l'artère brachiale du côté droit un stylet fort mince. Cette oblitération était due à l'épaississement des parois de l'artère qui offrait l'apparence et la résistance d'un cordon ligamenteux. L'artère axillaire de ce côté paraissait dilatée, et avait des parois très-épaisses. La sous-clavière à son origine avait une incrustation calcaire de trois à quatre lignes, faisant saillie dans l'intérieur du vaisseau.

Les veines qui accompagnaient ces artères étaient varriqueuses dans une grande partie de leur étendue. Aucun lien pendant la vie n'avait comprimé ces vaisseaux.

La sous-clavière, l'axillaire et la brachiale du côté opposé, avaient conservé leur diamètre habituel.

J'ai eu depuis de fréquentes occasions d'observer des faits absolument semblables, et qui doivent faire conclure que lorsqu'il existe une différence sensible de fréquence entre les pulsations artérielles, persistant pendant un certain temps, cette différence est occasionnée par une altération locale d'une des deux artères.

Il est vraisemblable que, dans beaucoup de cas, le défaut d'isochronisme bien constaté, tel que celui que cite Morgagni, *epist.* 24, *cap.* 23, était dû à une semblable disposition. Cette conjecture est d'autant plus probable, que les faits de cette nature ne sont pas sans exemple dans les auteurs. Willis faisant l'ouverture d'un homme mort d'un squirrhe ulcéré, s'aperçut que la carotide interne du côté droit était entièrement *pierreuse*, et avait perdu toute sa cavité. Petit communiqua, en 1765, à l'académie des sciences, un fait exactement pareil; il trouva chez un homme mort d'apoplexie l'artère carotide interne complètement oblitérée, depuis sa séparation de la sous-clavière jusqu'au lieu où elle se bifurque.

Quelques faits récents paraissent cependant prouver que les artères jouissent d'une contractilité propre. Si l'on admet cette contractilité artérielle, rien n'empêche qu'une cause quelconque, en agissant sur l'organe chargé de cette contractilité, ne puisse pervertir son action. Ce qui rendrait cette conjecture assez probable, c'est que le défaut d'isochronisme a souvent été observé dans les affections ataxiques, c'est-à-dire, d'après notre manière de voir, cérébrales. Mais, dans ce cas, ce défaut d'isochronisme ne saurait persister long-temps.

—En fait de contractilité artérielle, j'ai eu occasion d'observer plusieurs fois un phénomène digne d'attention, c'est un battement très-fort, très-circonscrite, avec tumeur de l'aorte ventrale, au point de faire croire fermement à l'existence d'un anévrysme de ce vaisseau.

La première fois que j'eus occasion de remarquer ce fait, ce fut dans une circonstance bien propre à le graver dans ma mémoire. M. Landré-Bauvais faisait à l'hospice de la Salpêtrière un cours de médecine clinique, il y a environ quinze ans; chargé, en qualité d'élève interne de la salle, de recueillir des renseignements sur les malades avant la visite, j'en remarquai une qui portait à la région épigastrique une tumeur du volume d'un gros œuf de poule; cette tumeur offrait des battements sensibles, se *dilatait* bien évidemment, enfin présentait tous les caractères d'une tumeur anévrysmale; il y avait d'ailleurs de la douleur à l'épigastre, et des phénomènes généraux de réaction très-prononcés. Je n'hésitai pas à annoncer au médecin que nous avions dans nos salles une malade affectée d'un anévrysme de l'aorte; mais quel fut mon désappointement, lorsqu'après l'examen le plus attentif, il fut impossible de trouver la moindre trace de la prétendue tumeur et des prétendus battements! Ils avaient en effet entièrement disparu. J'étais cependant bien convaincu de les avoir observés; ils étaient même très-forts, très-évidents; comment avaient-ils pu disparaître? Je me livrai à des réflexions de toute espèce, dont la conclusion fut que je m'étais trompé.

Cependant je ne tardai pas à rencontrer d'autres faits semblables à celui-ci, des tumeurs à l'épigastre, se dilatant bien évidemment, offrant des pulsations bien manifestes, lesquelles disparaissaient au bout de quelques heures ou de quelques jours.

Lorsque j'eus observé un nombre suffisant de faits de ce genre, j'en cherchai l'explication; je dois avouer que même encore aujourd'hui elle m'échappe entièrement, à moins qu'on admette une contractilité propre des parois artérielles, ce qui n'explique pas grand'chose.

Je n'ai pas été peu surpris de voir dans l'ouvrage de Laennec sur l'auscultation, qu'il avait aussi rencontré le phénomène que je viens de décrire; mais l'explication qu'il en donne ne me paraît nullement admissible.

Circulation capillaire.

La circulation capillaire, quoique paraissant indépendante jusqu'à un certain point de la grande circulation, n'en participe pas moins à l'état morbide des autres organes, et n'est pas elle-même exempte de certaines altérations. Parmi ces dernières, c'est-à-dire parmi les maladies qui sont propres à ce système, nous croyons qu'il faut placer les diverses hémorrhagies par exhalation, la plupart des ecchymoses, surtout celles qui surviennent spontanément, les taches livides, les marbrures, enfin la couleur livide, pâle ou fleurie de la peau.

Comme tous les autres phénomènes examinées jusqu'ici, ceux que présente la circulation capillaire sont idiopathiques ou symptomatiques. Nous traiterons à l'article des exhalations, des signes fournis par les hémorrhagies : quant aux ecchymoses, elles sont spontanées ou accidentelles, ces dernières portent avec elles leur signification; les premières ne se montrent guère que dans le scorbut assez avancé, et dénotent une faiblesse profonde : les taches livides, les marbrures accompagnent aussi quelquefois cette maladie, se montrent dans la plupart des agonies, dans les affections du cœur, dans le frisson de l'invasion de quelques maladies aiguës ou dans celui des fièvres intermittentes, et sont aussi le signe d'une grande débilité. Nous aurons occasion de revenir sur la couleur pâle ou livide de la peau, ainsi que sur sa nuance rosée qui décèle en général un état d'irritation avec réaction prononcée, ou la polyœmie.

Circulation veineuse.

Il est difficile de juger de l'accélération ou du ralentissement du cours du sang dans les veines; on doit supposer l'accélération de la circulation veineuse, lorsque la circulation artérielle est elle-même plus fréquente. Il serait difficile, en effet, que l'une fut accélérée sans l'autre. Elles sont dans une telle dépendance que les phénomènes que l'une présente suffisent pour faire reconnaître l'état de l'autre. Aussi cette augmentation ou cette diminution d'activité dans la circulation veineuse ne doit-elle pas avoir d'autre signification que l'augmentation ou la diminution du cours du sang artériel.

Dans la pléthore on observe une intumescence générale, qui se fait surtout apercevoir dans les veines; elles sont en effet gonflées et résistent à la pression du doigt dans cet état général; elles se gonflent aussi dans certaines pléthores locales. Dans les hémorragies, les congestions dans le cerveau, en même temps que les artères carotides et temporales battent avec véhémence, on remarque le gonflement des veines jugulaires, et la couleur rouge ou livide de la face.

Dans les cancers, et principalement ceux des mamelles, les veines voisines se gonflent d'une manière extraordinaire; elles acquièrent aussi un développement prodigieux, lorsqu'un tronc principal se trouve oblitéré ou comprimé. Lorsque les veines iliaques ou même la veine cave inférieure est comprimée par le développement du fœtus, les veines des membres pelviens se dilatent singulièrement; cette espèce de dilatation, survenant hors le cas de grossesse, doit fortement faire soupçonner la présence d'une tumeur qui comprime les gros troncs veineux.

Dans certaines professions qui exigent une station prolongée, et chez les personnes qui compriment leurs membres par des liens, ou enfin chez des individus qui apportent une certaine disposition, les parois des veines se relâchent, et des tumeurs irrégulières, bosselées, de diverses grosseurs, se manifestent sur leur trajet et persistent : ces tumeurs ont reçu le nom de varices.

Les veines présentent, dans quelques affections du cœur et des artères, quelques signes assez importants. C'est ainsi qu'on observe, dans les veines jugulaires externes, des battements analogues à ceux du pouls, lorsque le ventricule pulmonaire est anévrysmatique. Le sang qui doit pénétrer dans le poumon, étant arrêté par l'obstacle qu'il y rencontre, refoule dans l'oreillette droite, à chaque contraction ventriculaire, et remonte dans les veines caves par la même impulsion, laquelle se fait sentir jusque dans les jugulaires. Ce signe est d'ailleurs bien plus rare qu'on ne pense.

Des battements analogues se font remarquer dans les anévrysmes par anastomose, c'est-à-dire lorsqu'une artère et une veine correspondante se communiquent par une ouverture accidentelle qui permet au sang de l'artère de passer directement dans la veine.

Lorsque, par un effet d'un obstacle à la circulation, le sang cesse d'avoir un libre cours dans les artères, quel que soit l'endroit qu'occupe l'obstacle, le sang finit par stagner dans les veines et produire

leur dilatation. La couleur bleuâtre de la peau en est un résultat presque inévitable : que l'obstacle soit, par exemple, dans l'aorte, le sang stagnera dans le ventricule aortique, de là dans l'oreillette du même côté, de là dans le poumon, de là dans le ventricule pulmonaire, de là dans l'oreillette de ce côté, de là dans les veines caves et dans tout le système veineux.

Le sang qui sort d'une artère, d'une veine ou du réseau capillaire, ne s'échappe pas de la même manière; lorsqu'il vient d'une artère, il jaillit par saccades, par jets interrompus; il forme une arcade continue, s'il est fourni par une veine; enfin il s'épanche en nappe, s'il vient de la division du réseau capillaire.

Le sang lui-même doit être examiné avec soin par le médecin séméiologiste.

Nous avons déjà dit qu'il pouvait être altéré dans sa nature, pécher par excès et par défaut. Dans les maladies il offre quelques phénomènes dignes d'intérêt.

Il résulte des expériences et des observations nombreuses et bien faites de M. Ratier (1), sur la couenne inflammatoire, qu'il est peu de circonstances qui méritent une attention spéciale.

L'âge et le sexe ne paraissent pas exercer une influence directe; la constitution en apporte une plus évidente, puisque la couenne est d'autant plus dense et plus épaisse, que le sujet est plus sanguin et plus robuste. L'état de santé et de maladie et le genre de celle-ci sont bien autrement importants. Malgré les assertions de Selle, de de Haën, Huxham, Ruysch, Sarcône, etc., l'auteur pense que la couenne est étrangère à l'état de santé parfaite, et qu'elle se lie à la pléthore sanguine, avec une disposition prochaine aux phlegmasies.

La couenne inflammatoire est fort commune dans les inflammations, et surtout dans celles des membranes séreuses et des parenchymes. Lorsqu'on ne l'y trouve pas, c'est que la phlegmasie est fort légère, et de nature à céder au régime seul, ou bien qu'il y a eu quelque circonstance particulière dans l'opération.

Il est très-vraisemblable qu'on doit l'observer dans les hémorrhagies actives qui ont tant d'analogie, avons-nous dit déjà, avec les phlegmasies.

On ne l'observe nullement dans les névroses et dans les maladies organiques, à moins qu'il n'y ait en même temps polyæmie. On doit révoquer en doute la prétendue couenne pituiteuse d'Huxham et de Selle.

Un phénomène assez singulier, c'est que la période de l'inflammation influe sur la présence de la couenne dans le sang; elle manque souvent dans les premiers jours d'une phlegmasie, et ce n'est quelquefois qu'à la troisième ou à la quatrième saignée qu'elle se manifeste; ce qui cependant est loin d'avoir toujours lieu.

Dans les saignées successives, lorsqu'on voit augmenter la couenne, c'est que la maladie croît encore; elle tend vers son déclin, au contraire, si la couenne diminue.

La position des malades pendant l'opération est tout à fait indifférente pour la production de ce phénomène; il en est de même à peu près du volume de la veine. Il paraît qu'il n'en est pas ainsi de la largeur de l'ouverture du vaisseau. Une saignée à ouverture étroite ne permet pas, dit-on, à la partie consistante du sang de s'échapper. Je doute que cette assertion soit bien exacte ; quoi qu'il en soit, tous les médecins s'accordent à ordonner des saignées larges, dans le cas de phlegmasie violente, de congestion, d'épanchement de sang, de pléthore. Ils pensent généralement que la couenne ne se forme que lorsque le jet est continu, rapide, en arcade, et d'un certain calibre. La hauteur de laquelle le fluide tombe dans le vase n'a aucune influence sur le phénomène dont nous parlons, non plus que la quantité de sang que l'on tire.

(1) *Essai sur la couenne inflammatoire du sang*, par M. F.-J. Ratier, D. M. P., 1819.

La couenne est en général plus marquée dans les premiers vases que dans les derniers; cependant cela n'est pas constant. Les vases plats et larges sont peu propres à la manifestation de la couenne, elle est incontestablement plus prononcée dans les vases étroits et coniques que dans tous les autres. La matière dont ils sont composés est indifférente, ainsi que leur température; la couenne se forme également dans les vases clos ou découverts.

La couleur de la croûte inflammatoire ou pleurétique est d'un blanc grisâtre, rosé, irisé, d'un gris jaunâtre et même jaune; mais je ne crois pas que cette dernière couleur tienne à la diathèse bilieuse. Son épaisseur est en raison directe de l'étroitesse du vase; mais il faut avoir égard à l'obliquité des bords. Sa densité varie beaucoup, et n'est point en rapport avec son épaisseur. Il paraît que sa nature est principalement fibrineuse; des chimistes distingués, MM. Vauquelin et Thénard, y ont trouvé de l'albumine concrète, et M. Orfila, de la gélatine.

La proportion de la sérosité au caillot mérite quelque attention. Il paraît que sa quantité moyenne, relativement à celle du caillot, est d'un à trois. On peut considérer comme abondante la sérosité qui dépasse cette proportion, et comme peu abondante celle qui est au-dessous. Le caillot est volumineux, et la sérosité peu abondante dans les mêmes circonstances qui favorisent la présence de la couenne inflammatoire; la pléthore, les phlegmasies, les hémorrhagies actives, l'ouverture large de la veine, la constitution forte, la jeunesse, etc., produisent un caillot épais, consistant, sec, volumineux. Lorsqu'on a répété les saignées, le sérum est plus abondant. Sa couleur varie depuis le jaune clair jusqu'au jaune verdâtre.

Le caillot a toujours la forme du vase, sa partie inférieure est toujours moins dense que la couenne surtout après plusieurs saignées, ce qui explique dans quelques cas la forme de celle-ci. La surface du caillot, après avoir été quelque temps exposée à l'air, prend une couleur rouge vive, que l'on croit due à l'action de l'oxygène.

Circulation lymphatique.

Le travail entièrement spéculatif de M. Alard a jeté peu de lumières sur le sujet qui nous occupe. La circulation lymphatique, dérobée pendant la vie à nos divers moyens d'investigation, nous donne peu de signes utiles dans les maladies. Rien ne peut nous faire juger d'une manière rigoureuse si le cours de la lymphe est accéléré, ralenti, ou même suspendu ; nous sommes réduits à ne former à cet égard que de simples conjectures. La tuméfaction des glandes lymphatiques et leur augmentation de sensibilité a lieu lorsqu'il existe quelque inflammation voisine. Les glandes cervicales se gonflent dans les angines, dans les teignes, etc.; celles du bras, dans les panaris et autres inflammations des doigts, de la main, du bras, etc., dans l'absorption de quelques substances vireuses ou infectantes, etc. Dans les scrofules, dans les cancers, ces glandes se tuméfient d'une manière persistante. Dans quelques

œdèmes, le cours de la lymphe est-il ralenti? Ce fluide est-il épanché dans les tissus environnants? Les vaisseaux lymphatiques sont-ils alors augmentés de volume? La plupart de ces phénomènes ne sont que plus ou moins probables. Lorsqu'il existe une blessure des vaisseaux lymphatiques, le fluide qu'ils contiennent s'échappe continuellement par une ouverture vraiment fistuleuse.

Les altérations de la lymphe, que nous avons supposé exister par analogie, son augmentation, sa diminution, sa perversion, ne peuvent être reconnues à aucun signe positif.

Action du cœur.

Avant que l'application de l'ouïe fut devenue un mode d'exploration aussi généralement employé, les signes fournis par l'action du cœur étaient bien moins nombreux et bien moins précis qu'ils ne sont aujourd'hui, quoiqu'ils ne soient pas encore ce qu'on désirerait qu'ils fussent. L'auteur du *Traité sur l'auscultation* avoue que ses recherches n'ont pas acquis, sur ce sujet, toute l'exactitude dont il lui paraît susceptible.

On se bornait autrefois à l'exploration des palpitations et de certains bruissements qu'on sent quelquefois en appliquant la main sur la région précordiale, ou même qu'on perçoit à une certaine distance.

Les palpitations sont des mouvements violents, réguliers ou désordonnés du cœur; elles peuvent être plus ou moins fortes, légères, fugaces ou persistantes, continues ou intermittentes, circonscrites ou plus ou moins étendues; tous ces phénomènes peuvent être appréciés à l'aide de la main. Le cœur paraît, dans quelques cas, cesser de battre, ou du moins ses pulsations sont considérablement affaiblies; enfin, on les observe dans des régions différentes de celles qu'elles occupent dans l'état ordinaire.

Ces désordres indiquent généralement une altération dans les organes de la circulation, quelquefois dans ceux de la circulation ou dans les organes abdominaux, d'autres fois, enfin, ils sont sympathiques, nerveux.

On sent combien il est important, par le diagnostic, de distinguer à quelles maladies appartiennent ces symptômes.

La plupart des maladies du cœur s'annoncent par des palpitations; mais une chose bien digne de remarque, et qui est cependant extrêmement fréquente, c'est que les palpitations les plus fortes, occasionnées par l'hypertrophie la plus prononcée chez les vieillards, ne sont pas senties par eux, dans la majorité des cas. Après avoir attentivement examiné ces maladies, et reconnu l'existence de palpitations très-sensibles, si vous leur demandez s'ils en éprouvent; ils répondent très-souvent par la négative. On pourrait croire qu'ils n'entendent pas la question; mais en la reproduisant sous les formes les plus intelligibles, après qu'ils ont affirmé avoir compris, ils persistent dans la même dénégation. Il m'arrive très-souvent de faire remarquer à des élèves des palpitations violentes dont les malades n'ont nullement la conscience. Je ne doute pas que dans un temps où dans l'examen des malades on se contentait de leurs réponses négatives ou affirmatives, on n'ait fréquemment méconnu ce signe. D'où il faut tirer cette conclusion que les médecins qui ont assuré que dans l'asthme convulsif et périodique il n'existait pas de palpitations s'en seront vraisemblablement laissé imposer par des cas de cette nature.

Dans d'autres circonstances plus rares nous avons observé des hypertrophies sans augmentation des battements du cœur.

En général, les palpitations sont le signe des hypertrophies et des anévrysmes du cœur, des maladies de l'aorte, de la péricardite, ce qui est cependant plus rare; quelquefois des pneumonies, des épanchements séreux du péricarde et des plèvres; elles accompagnent la phthisie pulmonaire, les tumeurs accidentelles développées dans le poumon, ou sur le trajet des gros vaisseaux; l'ascite, l'hydropisie enkystée de l'ovaire, enfin toutes les maladies qui opposent obstacle à la circulation.

C'est une erreur de penser que les palpitations qui accompagnent les maladies organiques doivent être persistantes; ainsi que les autres phénomènes de ces malades, elles ne deviennent continues que lorsque l'altération de l'organe est très-avancée. Elles sont en général intermittentes, *quoiqu'elles soient le symptôme d'une lésion organique*. Mais, dira-t-on, comment se fait-il qu'une lésion constante donne lieu à des symptômes passagers? Nous ne sommes pas tenus de tout expliquer, nous pourrions nous contenter de dire que cela est, que nous l'avons toujours observé, que rien n'est plus ordinaire. Mais comme ces retours périodiques sont en général réguliers, soumis à des causes facilement appréciables, je crois qu'on peut en rendre raison. La cause la plus ordinaire, mais non pas la seule, du retour des étouffements et des palpitations, c'est le froid, et le froid sec. N'est-il pas vraisemblable que l'effet du froid étant de resserrer la périphérie du corps, le sang qui pénètre les capillaires dans les températures douces est alors refoulé vers le centre; que la masse de fluide que le cœur doit projeter est plus considérable? S'il existe un obstacle à la circulation, cet obstacle est alors relativement bien plus grand, et exige de la part du principal organe de la circulation des efforts bien plus énergiques. De là ne résultera-t-il pas des battements de cœur périodiques? et s'il accumule en même temps, et par les mêmes raisons, une plus grande quantité de sang dans les poumons, ne devra-t-il pas se manifester des étouffements périodiques? Nous reviendrons sur ce sujet dans le chapitre suivant.

Lorsqu'il n'existe pas de lésion organique, un état pléthorique donne quelquefois lieu à des palpitations plus ou moins fortes; mais les battements du cœur ne sont pas toujours un signe de force. Un auteur moderne a pensé qu'on jugerait bien mieux de la force d'un individu par l'énergie des battements du cœur, que par la force du pouls; je crois que ce signe est au moins aussi illusoire que l'autre. Il ne peut indiquer d'une manière incontestable que la force de l'organe principal de la circulation, et l'on sait que la force d'un organe seul ne constitue pas la force générale d'un individu. Or, chez les vieillards, l'ossification presque constante des gros vaisseaux donne lieu au développement du cœur; cet organe étant obligé à plus d'efforts habituels pour vaincre cet obstacle, pour ainsi dire physiologique, puisqu'il est le résultat presque inévitable des progrès de l'âge, doit nécessairement augmenter de volume et d'action : ce serait une erreur grave, que de croire tous ces vieillards doués d'une grande force; nous pensons donc que l'assertion de Laennec n'est pas fondée.

Il existe souvent des palpitations chez des sujets très-affaiblis par des hémorrhagies, par des évacuations excessives, etc.; mais alors les battements du cœur, quoique précipités, ne sont pas forts.

On doit penser que les palpitations sont dues à un état particulier de l'encéphale et de ses dépen-

dances, lorsqu'elles surviennent après des affections morales vives, après des travaux intellectuels trop long-temps soutenus, après des pertes abondantes dans tous les genres, chez des personnes jeunes, nerveuses, irritables, éprouvant déjà d'autres phénomènes spasmodiques; lorsqu'elles ne sont qu'instantanées, qu'elles augmentent par des causes morales, enfin, qu'elles ne produisent pas une altération profonde de la santé, et qu'elles sont survenues presque subitement. Les élèves en médecine sont sujets à ce genre de palpitations. J'en ai guéri un grand nombre en les rassurant sur leur état.

Les hystériques et les hypocondriaques, les gens affectés de vers, les femmes qui ont des leucorrhées, des aménorrhées, des dysménorrhées, les goutteux, etc., sont exposés à des palpitations symptomatiques. On reconnait la nature de ces palpitations à l'absence des signes qui accompagnent les maladies du cœur, et à la présence de ceux qui caractérisent les affections que nous venons de signaler.

Maintenant voici les phénomènes que le cylindre fait reconnaître :

Dans l'état naturel, le cœur produit à l'oreille une sensation telle par ses mouvements, qu'il paraît évidemment correspondre à une petite étendue des parois de la poitrine, et ne guère dépasser le point sur lequel est appuyé l'instrument; quelquefois il semble couvert en entier par le cylindre et profondément situé dans la cavité du médiastin, de manière à laisser une espace vide entre le sternum et lui. Dans quelques cas, les battements ne produisent aucun ébranlement. D'autres fois ils semblent s'étendre dans toute la cavité thoracique; et cette sensation plus ou moins forte semble indiquer un cœur plus ou moins volumineux. Dans l'état sain, les battements ne se font entendre que dans la région précordiale. Les mouvements des cavités gauches se font sentir sous les cartilages des cinquième, sixième et septième côtés gauches; ceux des cavités droites, sous le sternum; lorsque cet os est court, les pulsations s'étendent dans l'épigastre. Chez les sujets gras, l'espace où l'on peut entendre les pulsations est moindre. Chez les individus maigres, ils s'étendent quelquefois jusque sous la clavicule droite. Si les battements du cœur acquièrent de l'étendue par une cause pathologique, on les entend 1° dans le côté gauche du thorax; 2° dans le côté droit; 3° dans la partie postérieure gauche; 4° dans la partie postérieure droite.

L'hépatisation et les cavités ulcéreuses augmentent l'étendue des battements du cœur. Ceux de l'aorte et de l'artère sous-clavière ne sont sensibles que dans les cas d'anévrysme.

L'étendue des battements du cœur est en raison directe de la faiblesse de ses parois; et plus elles sont minces, et plus les battements s'entendent loin; plus elles sont épaisses, et plus les battements sont circonscrits. Si les battements ne s'entendent ni dans le dos, ni dans le côté droit, mais seulement dans les autres points indiqués, les ventricules sont médiocrement dilatés; s'ils sont très-forts au contraire à la région précordiale et nuls ailleurs, et que les symptômes généraux indiquent une lésion du cœur, c'est une hypertrophie des ventricules.

Les pulsations du cœur font éprouver à l'oreille de celui qui écoute une sensation de choc, de soulèvement, plus ou moins forte. On la perçoit par le cylindre quand la main ne sent rien. La force du choc est en raison inverse de l'étendue, et directe de l'épaisseur des ventricules; elle est peu marquée dans l'état naturel. Dans l'hypertrophie, l'impulsion est assez forte pour soulever la tête de l'observateur, et produire un choc désagréable à l'oreille. Plus l'hypertrophie est considérable, plus le mouvement est lent. La systole seule du ventricule le produit en général; quand celle des oreillettes y donne lieu, il est différent; il est plus profond; il consiste en une espèce de frémissement, le cœur semble s'éloigner de l'oreille. L'absence de l'impulsion indique la dilatation des ventricules. Le choc n'est sensible qu'à la région précordiale, excepté lorsque l'hypertrophie se joint à la dilatation; on le sent alors jusque sous la clavicule, et dans le côté droit du thorax, les battements précipités du cœur donnent lieu à un coup sec, fort, dur et prompt. L'hypertrophie a un soulèvement plus lent, plus gradué, plus obscur des parois du thorax.

Les contractions alternatives des diverses parties du cœur se font entendre distinctement par le cylindre. Dans l'état naturel, ce bruit est double, et chaque battement du pouls correspond à deux sons successifs; l'un clair, brusque, analogue au claquement de la soupape d'un soufflet, correspond à la systole des oreillettes; l'autre plus sourd, plus prolongé, indique celle des ventricules. Dans l'état normal, le bruit est égal des deux côtés; dans quelques cas pathologiques, il devient tout à fait dissemblable. Dans la dilatation des ventricules, ce bruit est aussi fort que celui des oreillettes, dont on a de la peine à le distinguer. Dans l'hypertrophie, le son se perçoit quelquefois dans le dos, à la région précordiale, il est très-sourd et très-obscur. Une portion du poumon placée au-devant du péricarde rend aussi le bruit peu sensible; il en est de même des ramollissements du cœur. Quand cet organe est rempli de sang, le cylindre ne rend plus qu'un bruissement sourd, qui n'est pas sensible à la main. Il peut ressembler à celui d'une lime que l'on fait agir sur du bois, quand il dépend du rétrécissement de quelque orifice du cœur du côté gauche; il ressemble aussi au murmure de satisfaction que font entendre les chats lorsqu'on leur passe la main sur le dos. Enfin le bruit que les contractions du cœur font entendre ressemble à celui d'un soufflet en mouvement; on n'est pas encore parvenu à reconnaître quelle est l'altération organique qui l'occasionne; jusqu'ici les recherches cadavériques ont été infructueuses, ce qui a fait penser que ce bruit était dû à une simple accélération de la contraction du cœur ou des gros vaisseaux. Un bruit semblable à celui du cuir neuf a été observé par M. Collin une seule fois, sur un malade affecté de péricardite chronique. Il est malheureux qu'un nombre suffisant d'observations ne soit pas encore venu confirmer ce signe, qui serait d'autant plus précieux que ceux qui caractérisent la péricardite sont jusqu'ici fort obscurs. Il paraîtrait que ce bruit se fait entendre principalement lorsqu'il n'existe encore aucun épanchement dans la cavité du péricarde.

L'ordre, la succession, la durée, enfin le rapport respectif des contractions des diverses parties du cœur, peuvent être appréciés par le cylindre acoustique.

La contraction des ventricules est isochrone aux battements du pouls; immédiatement après, un bruit plus éclatant annonce la contraction des oreillettes; il est plus court que celui des ventricules. Après la systole des oreillettes, il y a un repos fort court. Dans l'hypertrophie des ventricules, leur contraction est moins sonore, mais plus longue, plus facile à distinguer que celle des oreillettes. Le rhythme est bien différent lorsque les parois sont

amincies, la contraction des ventricules est plus sonore, plus brève et se distingue difficilement de celle des oreillettes. Le choc est moindre, et l'étendue plus grande. Les *palpitations*, les *intermittences*, les *irrégularités* du pouls sont des changements dans le rhythme des mouvements du cœur.

Quand les battements du cœur sont accélérés, fréquents, désordonnées, et quelquefois inégaux, ils constituent les palpitations; il n'est pas nécessaire qu'ils soient sensibles ou incommodes pour les malades. Ils n'ont pas d'autre valeur diagnostique que celle que nous leur avons assignée précédemment.

Les irrégularités du pouls ont lieu lorsque l'intervalle des pulsations est variable. L'intermittence est la suspension subite et momentanée du pouls. Les signes décrits ci-dessus doivent faire distinguer à quelle altération du cœur appartiennent ces phénomènes. D'après ce que nous avons dit, en effet, un lecteur attentif pourra juger quelle est la partie du cœur qui est affectée, et quelle est l'espèce de l'affection. Les signes que les diverses combinaisons des altérations du cœur donnent par le stéthoscope sont cependant très-incertains. M. Collin, dont on ne soupçonnera pas les dispositions bienveillantes pour son maître, dit que « dans les phénomènes « pathologiques fournis par le cœur, il n'en est que « deux, l'impulsion et le bruit, qui deviennent si- « gnes certains de lésions du cœur, que tous les « autres tirés du rhythme, des bruits de soufflet, « de râpe; etc., n'ont pas été assez fréquemment « observés pour qu'on puisse dire quelles altérations « ils indiquent. (1) »

L'endurcissement et le ramollissement du cœur, son atrophie, sa dégénérescence graisseuse, cartilagineuse, osseuse, peuvent être tout au plus soupçonnés, ainsi que l'inflammation et les ulcères de cet organe. L'endurcissement cartilagineux et osseux des valvules peut être reconnu. Celui de la valvule mitrale donne un bruit sourd, prolongé, tel que celui de la lime, lequel succède à la contraction de l'oreillette. Celui des valvules aortique est de même nature, et succède à la contraction des ventricules; les mêmes signes doivent exister pour le côté droit, et être plus sensible sous le sternum. Les productions accidentelles développées dans le cœur, les communications contre nature de ses cavités, ne donnent de leur présence que des signes plus ou moins probables. Le déplacement du cœur, s'il était considérable, pourrait être facilement reconnu. Il n'en est pas de même pour la péricardite aiguë, sur laquelle on ne possède encore que le signe non confirmé dont nous avons parlé. La péricardite chronique est encore plus obscure. L'hydropéricarde n'a pas encore été observée à l'aide de l'auscultation.

On peut en dire autant de l'anévrysme de l'aorte thoracique, dont on ne peut assigner les caractères précis, mais qui doit cependant s'annoncer par quelques signes. Des battements simples, c'est-à-dire sans contraction des oreillettes, isochrones à ceux du pouls, une impulsion forte hors la région précordiale sur le trajet de l'aorte, rendront en effet très-vraisemblable l'existence de cette maladie. L'anévrysme de l'aorte ventrale est plus facile à reconnaître; ses battements sont simples, le bruit qu'ils produisent est plus fort que celui des oreillettes; il est clair et sonore, les dimensions de l'artère paraissent évidemment augmentées.

On applique aussi la percussion dans l'exploration des maladies du cœur; mais cette méthode, si utile dans les affections du poumon, ne donne, dans celles du principal organe de la circulation, que des signes bien peu certains. La matité plus ou moins grande et plus ou moins étendue de la région du cœur ne peut être en effet qu'un signe bien secondaire et bien peu important, soit pour reconnaître les dilatations et les hypertrophies de ce viscère, soit pour établir la présence d'une hydropéricarde, etc. M. Louis affirme cependant en avoir tiré des signes très-positifs dans la plupart de ces maladies, et principalement dans la péricardite.

(1) *Des diverses Méthodes d'exploration de la poitrine*; thèse de M. V. Collin, page 46.

§ III. *Phénomènes morbides de l'appareil respiratoire, considérés comme signes diagnostiques.*

Les désordres de la respiration sont bien plus souvent idiopathiques que ceux de la circulation. Ils indiquent fréquemment une altération primitive dans les organes respiratoires; quelquefois cette altération est consécutive, comme dans l'asthme dit nerveux; enfin ils sont, mais bien plus rarement, généraux, sympathiques.

Quand je dis bien plus rarement généraux, sympathiques, je veux dire seulement qu'ils ne sont notables que dans quelques cas rares; car dans la plupart des maladies on peut observer quelques changements dans l'acte de la respiration. Nous savons qu'elle a une connexion intime avec la circulation, qu'elle n'en est pour ainsi dire qu'une division; nous avons vu cette dernière fonction être dérangée dans presque toutes les maladies; il est donc impossible que la respiration ne le soit aussi plus ou moins. Nous verrons qu'elle l'est d'une manière très-remarquable dans les maladies des organes de la circulation.

—La respiration augmente de fréquence dans la plupart des maladies thoraciques, dans la pneumonie, la pleurésie, l'hydrothorax, les affections organiques du cœur; la péritonite, l'ascite, l'hydropisie enkystée de l'ovaire, qui envahit une partie de l'abdomen et refoule le diaphragme; enfin, pour le dire en un mot, dans toutes les affections qui diminuent la capacité de la poitrine et la *dilatabilité* du poumon. Elle est encore fréquente dans tous les cas où le cœur accélère son action. La respiration doit dans ces circonstances se mettre nécessairement en rapport avec ce surcroît d'activité. Ainsi, dans toutes les maladies inflammatoires, dans la pléthore, dans les hémorrhagies actives, etc., la respiration est accélérée.

Dans les maladies, la respiration un peu rare indique qu'il existe peu d'irritation, et que les forces du malade sont dans un état satisfaisant; mais si cette rareté est portée très-loin, si en même temps les malades font des efforts considérables, haussent beaucoup les épaules dans l'inspiration, elle est alors le signe d'un extrême abattement; l'air ne peut plus pénétrer dans les cellules pulmonaires, où les organes inspirateurs ont perdu leur puissance.

— La vitesse et la fréquence de la respiration marchent, la plupart du temps, de concert, et se montrent dans les mêmes circonstances; cependant la respiration peut être vite et rare, ce qu'on observe dans la pleurésie, où la douleur précipite l'expiration. Cette espèce de respiration se montre aussi quelquefois dans l'agonie des individus robustes, affectés de maladies aiguës.

La lenteur de la respiration n'a pas d'autre valeur que sa rareté.

— La respiration grande dénote le bon état, l'intégrité des organes respiratoires; mais il n'en est plus ainsi si elle est en même temps accompagnée

de l'élévation très-prononcée de la poitrine, on doit présumer alors qu'il existe quelque obstacle à l'introduction de l'air dans les poumons.

On prétend avoir observé dans les phlegmasies du cerveau et des méninges qu'il se manifeste de loin en loin une grande inspiration, et que le délire survient peu de temps après. Nous ferons observer ici que tous ces signes, fournis par des organes éloignés de celui qui est le siége de la maladie, ne sauraient jamais être que d'une valeur très-secondaire dans le diagnostic.

La petitesse de la respiration est ordinairement le signe de quelques maladies des organes chargés de cette fonction, mais elle n'en désigne aucune d'une manière particulière.

La respiration facile ne saurait être un signe de maladie; elle indique l'état physiologique des organes chargés de l'opérer. Il n'en est pas de même lorsqu'elle est difficile.

Il est quelques degrés dans la dyspnée; la respiration peut être simplement laborieuse, pénible; elle peut être suffocante, douloureuse.

La dyspnée accompagne les affections aiguës et chroniques de la poitrine, les anévrysmes du cœur et des gros vaisseaux, quelques phlegmasies abdominales et quelques maladies chroniques des mêmes organes; elle est aussi le signe d'une faiblesse extrême.

La difficulté de respirer se manifeste dès le principe de la phthisie pulmonaire, et cette difficulté va toujours croissant jusqu'au terme fatal. Il est quelques malades qui ne peuvent respirer que la tête élevée; d'autres sur l'un des côtés; quelques-uns sur le dos; quelquefois la dyspnée n'existe pas du tout dans cette maladie, ce qui doit être rangé parmi les anomalies. Enfin, chez quelques-uns la difficulté de respirer diminue par les progrès de la maladie.

Lorsque la respiration est constamment difficile, augmentant progressivement, et d'une manière plus ou moins prononcée, et qu'elle oblige le malade à se mettre sur son séant, le corps penché en avant, elle est un signe de maladies du cœur, ou des gros vaissseaux, d'hydrothorax, d'hydropéricarde, etc.

L'expérience m'a prouvé qu'il n'était nullement nécessaire que la difficulté de respirer fût constante; la *dyspnée périodique intermittente* est aussi le signe des *lésions organiques* que nous venons de citer, et de beaucoup d'autres qui peuvent exercer quelque influence sur les organes de la respiration. C'est cette proposition qui est pour nous entièrement hors de doute, que nous avons cherché à démontrer dans un mémoire présenté à la faculté de médecine, en 1817, et dont nous allons donner l'extrait (1).

Les médecins de l'antiquité, privés de la précieuse ressource des ouvertures cadavériques, connurent peu les altérations des organes intérieurs, leur pathologie dut se borner à l'observation scrupuleuse des symptômes, dans laquelle ils nous ont en effet laissé des modèles à imiter; ils durent rassembler en groupe une série de symptômes, et lui appliquer un nom qui ne pouvait désigner autre chose que cet ensemble, et non une altération dont ils n'avaient aucune connaissance : aussi voyons-nous que la plupart des noms qu'ils nous ont transmis n'expriment que des phénomènes extérieurs. Ils donnèrent le nom d'*asthme* à la difficulté de respirer, sans avoir égard aux lésions diverses qui pouvaient l'occasionner. Les médecins des siècles suivants se bornèrent à commenter leurs prédécesseurs; et lorsqu'une philosophie bien entendue eut enfin permis d'interroger la nature morte, le respect trop aveugle qu'inspiraient les grands hommes de l'antiquité empêcha souvent d'apercevoir ce qu'eux-mêmes n'avaient pas vu. Depuis un demi-siècle, un esprit sévère d'exactitude et d'observation s'est emparé de toutes les sciences, les a portées presque subitement à un point éminent de perfection, et la médecine, complément naturel des connaissances humaines, n'a pu rester étrangère à cette heureuse influence. Sans rappeler ici les immenses découvertes que nous devons à l'anatomie pathologique, qu'il nous suffise de dire que la médecine moderne lui doit cette certitude de diagnostic dont on voit tous les jours de si merveilleuses applications; au point que l'on peut dire (s'il est permis de se servir d'une expression commune, mais bien applicable en ce moment), qu'elle l'emporte autant sur la médecine antique, que la lumière l'emporte sur l'obscurité. Si l'on convient, ce qui ne peut être contesté, que mieux on connait une maladie, plus il est facile de la guérir, et plus, par conséquent, on touche à la perfection, on ne pourra refuser aux recherches cadavériques l'avantage inappréciable de reculer les bornes de l'art.

Peut-être les maladies nerveuses, auxquelles on rapporte aujourd'hui tous les phénomènes morbides dont on est embarrassé de déterminer le caractère, verront-elles de jour en jour diminuer leur domaine si les médecins sont assez laborieux, assez patients pour suivre avec opiniâtreté leurs recherches après la mort. Mais il n'est pas aussi facile qu'on pense de trouver l'occasion de faire cet examen. Les médecins de la ville, absorbés par une pratique étendue, obligés, pour ainsi dire, de se multiplier eux-mêmes par leur activité, n'ont ni le loisir, ni peut-être la volonté nécessaires; les préjugés des parents sont pour eux un obstacle souvent invincible. Les médecins des hôpitaux, à la vérité, n'ont pas ces difficultés à surmonter, mais les individus attaqués d'une *affection nerveuse*, une fois guéris de la maladie aiguë qui les retenait dans l'hôpital, sortent pour ne plus y revenir, et laissent incomplètes des observations qui eussent pu devenir utiles. Il n'en est pas ainsi dans les hospices; les habitants devant tous y terminer nécessairement leur carrière, sont tôt ou tard soumis à l'exploration du médecin. Placés dans un vaste établissement de ce genre, peuplé de vieillards qui touchent à la fin de leurs jours, il nous a été facile d'examiner les maladies plusieurs années de suite, et de poursuivre enfin la nature dans ses replis les plus cachés. Nous avons pu multiplier considérablement ces recherches, et c'est sur ces bases, que nous croyons incontestables, que nous avons fondé notre conviction.

Avant d'exposer le résultat de nos observations, il nous semble convenable de rappeler succinctement les symptômes de *l'asthme nerveux :* on trouvera dans les faits que nous citons ces mêmes symptômes, et l'autopsie fera voir quel genre d'altération d'organe les a produits.

« *Symptômes.* Ses accès ont lieu le plus souvent « aux approches de la nuit; son invasion subite « est marquée par un resserrement spasmodique de « la poitrine. Le malade est forcé de se tenir debout, « et de respirer un air froid; l'inspiration et l'expi« ration ont lieu avec sifflement; il y a même em« barras dans l'articulation des sons; le pouls est « souvent naturel ou légèrement fébrile, l'urine « abondante et peu colorée, le visage quelquefois « pâle et les traits altérés, d'autres fois la face est

(1) Mémoire sur cette question : *L'asthme des vieillards est-il une affection nerveuse ?* lu à la Société de la Faculté de Médecine, le 29 mai 1817, par L. Rostan.

« gonflée et rouge. — *Cours de l'accès*. Ces symptô-
« mes continuent pendant la nuit et une partie de « la matinée; alors, respiration moins laborieuse et « plus développée; expectoration plus aisée; urine « d'une couleur plus foncée, et quelquefois avec « sédiment; sommeil tranquille. Au réveil et dans « le reste de la journée, la respiration est moins « gênée, *mais on éprouve toujours un sentiment de* « *constriction du thorax;* l'anhélation a lieu dans « une position horizontale ou au moindre mouve- « ment; après le dîner, on éprouve une tension « flatueuse de l'estomac, de l'assoupissement. Le « renouvellement de l'accès a lieu ordinairement « entre minuit et deux heures du matin, pendant « plusieurs nuits; mais les rémissions sont peu à « peu plus marquées, surtout lorsque l'expectora- « tion vers le déclin de l'accès est plus copieuse. » (Pinel, *Nosogr. phil.*)

Cullen lui attribue à peu près les mêmes symptômes : « Il existe, dit-il, une difficulté de respirer « qui revient par intervalles, qui est accompagnée « d'un resserrement vers la poitrine, et d'une respi- « ration stertoreuse avec sifflement. Il n'y a point « de toux au commencement de l'accès, ou bien « elle est difficile : vers la fin la toux est aisée; il « y a expectoration abondante.

« Le malade, après avoir dormi un peu dans la « matinée, continue le reste du jour à avoir la res- « piration plus libre et plus aisée, *mais il est rare* « *qu'elle le soit entièrement; il sent encore quelque* « *resserrement à travers la poitrine; il ne peut res-* « *pirer facilement dans une position horizontale*, et « supporte à peine un mouvement quelconque du « corps, sans que sa respiration ne devienne plus « difficile et plus laborieuse. »

A l'appui de notre manière de voir, nous avons apporté quelques observations qu'il nous eût été bien facile de multiplier, puisque la maladie dont nous parlons est sans contredit la plus fréquente qui affecte les vieillards. Il est aisé de s'en assurer dans nos infirmeries, dans lesquelles il entre pendant l'hiver, et quand il gèle depuis quelques jours, jusqu'à 10, 12, 15 femmes et plus, atteintes d'accès d'asthme; et ces femmes, toutes parvenues au terme de leur carrière, finissent en général par succomber.

Dans la première observation, il est question d'un asthme dépendant d'ossifications des environs des bronches, et de l'anévrysme du ventricule gauche du cœur.

Depuis 1812, Victoire Quignigny, idiote, âgée de 61 ans, avait fixé notre attention pour un étouffement périodique qui revenait l'hiver seulement. Cet étouffement était tellement violent dans la nuit, que l'existence de cette femme semblait menacée, tandis que dans la matinée tous les accidents disparaissaient. La respiration était sifflante, râleuse; la face livide, violette, couverte d'une sueur froide. La malade se mettait à son séant; sa tête semblait rentrer dans la poitrine; les dérivatifs et les médicaments dits antispasmodiques calmaient presque toujours cet état, au moins momentanément. Dans l'été, Quignigny jouissait d'une santé parfaite. En 1813, elle réclama de nouveau nos soins pour les mêmes accidents, ainsi que l'hiver de 1814, de 1815, 1816. Mais durant l'hiver dernier (1817) la suffocation est devenue plus intense encore; alors respiration bruyante, convulsive; toux nulle; point d'expectoration. Ces accidents ont lieu le soir et surtout la nuit, au point de faire craindre la mort; absence de palpitation du cœur; pouls fréquent, assez régulier; face livide, infiltrée; position assise; tête penchée sur le thorax; celui-ci sur les genoux; infiltration des membres.

Le 19 mars, la position assise n'a plus lieu, à cause de la faiblesse de la malade, qui se couche sur le côté droit. Le 21, la respiration est râleuse, le décubitus a lieu sur le dos; la face bouffie est affaissée, décomposée. La malade expire le 23 au matin.

A l'ouverture, on trouva à la partie inférieure droite du thorax des adhérences anciennes, ligamenteuses, un épanchement d'un litre et demi de sérosité; le poumon engorgé de sang.

Du côté gauche, des adhérences plus fortes; moins de liquide et de l'engouement dans le poumon. Les bronches étaient rouges, la membrane muqueuse épaissie, les glandes bronchiques très-volumineuses; plusieurs ossifications de la grosseur d'une fève autour des bronches.

Le ventricule gauche du cœur très-épais; rétrécissement de l'ouverture aortique.

L'abdomen était sain.

On trouve dans la seconde l'exemple d'un asthme dépendant de l'ossification de l'aorte, avec anévrysme actif du ventricule gauche.

M. A. Victoire Tiroux, âgée de 74 ans, se plaignant d'être asthmatique depuis dix-huit ans, éprouvait tous les hivers un étouffement, une suffocation qui la saisissaient le soir et persistaient la nuit. Ayant ressenti l'hiver dernier (1817) de violents chagrins, elle fut prise d'une forte anxiété. Elle offrait alors, observée le matin, une respiration bruyante, luctueuse, fréquente; une toux accompagnée de faiblesse et de quelques crachats opaques et blancs; résonnance de toute la poitrine; faiblesse du pouls, peu de palpitations; face violette; léger œdème du côté droit de la figure; tête baissée sur le thorax, inclinée à droite; position assise, appuyée sur le coude droit.

La suffocation ayant augmenté, la malade mourut le 30 mars à cinq heures du soir.

A l'ouverture du corps, le cœur fut trouvé peu volumineux, mais très-dur; la cavité du ventricule gauche très-étroite, les parois en étaient épaisses; l'orifice aortique était très-rétréci; il existait des points osseux dans l'aorte et ses valvules.

Il s'agit dans la troisième d'un asthme avec apparence d'une affection organique du cœur très-avancée, et dont les symptômes ont cessé entièrement (1).

Catherine Boutrys, âgée de 70 ans, n'ayant jamais été malade, entra à l'infirmerie, le 26 décembre 1816, pour un étouffement considérable qui s'était manifesté la nuit. Cette suffocation nocturne devint extrême, et cessa un mois après à la suite de quelques moyens dérivatifs et antispasmodiques, etc. Vers la fin de mars, l'anxiété, la suffocation, l'orthopnée, revinrent avec une intensité nouvelle. A ces symptômes, se joignirent l'infiltration des membres inférieurs, la gangrène des plaies des vésicatoires, des crachats sanglants et brunâtres; la petitesse et l'intermittence du pouls, des palpitations; la pâleur de la face, la teinte violette des lèvres, et une faiblesse extrême. On eût dit que la malade n'avait plus qu'à rendre le dernier soupir; mais ces symptômes diminuèrent graduellement. Le 18 avril 1817, elle n'avait plus que de la faiblesse; la respiration, la circulation étaient entièrement libres; l'enflure avait disparu complètement.

(1) Cette observation nous paraît d'autant plus intéressante, qu'elle a été recueillie sous ce titre, un an avant la mort de la femme qui en fait le sujet.

Dans l'été, cette femme quitta l'infirmerie, mais sa faiblesse la força d'y rentrer bientôt ; et l'hiver ayant ramené les accidents, elle mourut en décembre 1817.

A l'ouverture, on découvrit un anévrysme actif avec ossification de l'aorte. Les poumons étaient sains, mais l'estomac était cancéreux à sa petite courbure, avec des végétations polypeuses ; le tube intestinal était très-injecté.

La quatrième nous offre l'exemple d'un asthme dépendant de l'anévrysme actif du ventricule droit, causé lui-même par la conformation vicieuse du thorax.

La sœur Laurence, âgée de 71 ans, d'une petite stature, ayant le côté droit de la poitrine déprimé, *étouffait*, d'après son rapport, *tous les hivers depuis qu'elle se connaissait.* Elle était souvent venue à l'infirmerie pour cet accident, qui cédait à quelques moyens employés, mais surtout au retour du printemps. Le 22 mars 1817, la suffocation nocturne était imminente ; la malade éprouvait de la toux, expectorait des crachats muqueux, écumeux ; le côté gauche du thorax rendait un son mat à la percussion ; le pouls était inégal, irrégulier ; il n'existait pas de palpitations ; l'appétit était nul, les urines supprimées, la faiblesse extrême ; la face était livide et bouffie, les membres infiltrés. La mort survint le 24 mars au matin.

A l'examen du corps, nous rencontrâmes de la sérosité dans la plèvre droite.

Un cœur dilaté, volumineux ; le ventricule gauche ordinaire ; l'orifice aortique un peu resserré ; le ventricule droit fort épais, ayant près d'un demi-pouce d'épaisseur.

L'abdomen n'offrait rien de bien remarquable.

Dans la cinquième observation, nous voyons un asthme provenant de l'ossification de l'aorte, avec dilatation des deux ventricules du cœur.

Marguerite de Jearge, âgée de 75 ans, était depuis sept ans sujette à un étouffement qui ne se montrait que l'hiver, qui ne se manifestait que dans la nuit, et pour lequel nous lui donnions nos conseils depuis plusieurs années. Elle entra à l'infirmerie, le 21 février dernier (1817), avec une respiration difficile, étant obligée de sortir les pieds du lit pour la faciliter ; ayant de l'orthopnée, de la toux et des crachats muqueux et quelquefois sanguinolents ; n'ayant nulle douleur dans la poitrine, mais son mat du côté droit et postérieur ; quelques palpitations ; pouls irrégulier, inégal, intermittent ; infiltration du côté droit et de la jambe droite surtout : dans le jour, coucher sur le côté droit, face colorée ; sommeil presque nul, interrompu par l'anxiété, la toux, la suffocation. Elle vécut six semaines avec quelques légères alternatives, et expira dans un accès, le 30 mars au matin, offrant dans ce dernier degré les symptômes d'une maladie du cœur.

On voit, à l'ouverture du cadavre, que le cœur est volumineux, mou, offrant la dilatation des deux ventricules, avec ossification des valvules aortiques, et surtout de l'aorte, qui renfermait dans son épaisseur des os de plusieurs lignes d'étendue.

L'abdomen est sain ; la face interne de l'estomac, violette, brunâtre ; les intestins sont grêles, rouges.

Enfin la sixième observation nous présente un asthme dépendant une pleurésie chronique, et de l'anévrysme actif du ventricule droit du cœur.

Cœur très-volumineux ; dilatation remarquable du ventricule droit, dont les parois étaient très-épaissies. Bronches rouges, contenant une mucosité sanguinolente, surtout vers les ramifications : Abdomen sain.

La septième, un anévrysme actif du cœur, et surtout du ventricule gauche, et quelques autres altérations qui ont donné lieu aux phénomènes de l'asthme périodique.

On peut ajouter à ces observations la plupart de celles que nous avons citées dans notre *Mémoire sur la distinction des anévrysmes du cœur, en actifs et en passifs :*

1° La femme Dumay, dont l'étouffement prenait le matin et disparaissait dans la journée, à l'ouverture de laquelle nous trouvâmes un anévrysme actif du ventricule droit ;

2° Jeanne Chevillard, qui était soi-disant asthmatique depuis vingt-huit ans, dont l'étouffement revenait tous les hivers, et se faisait sentir la nuit, et qui présenta à l'ouverture la même altération organique ;

3° Catherine Mahère, qui, depuis cinquante ans, était sujette, l'hiver, à des étouffements qui augmentaient le soir et la nuit, à la mort de laquelle nous trouvâmes un développement prodigieux du cœur ;

4° Enfin la nommée Duvourdy, qui nous a offert tous les symptômes de l'asthme, et dont une pleurésie chronique et un anévrysme actif du ventricule droit étaient la cause.

Nous ne pouvons mieux terminer ces observations que par la remarque inspirée par les recherches cadavériques, aux observateurs de nos jours qui ont écrit sur les maladies de la poitrine, c'est-à-dire que *beaucoup de ces affections ont été prises pour des asthmes.* Baumes, dans son *Traité de la phthisie pulmonaire ;* M. Corvisart, dans son *Traité des maladies du cœur,* s'étonnent de la fréquence de ces méprises. Bayle, enlevé si prématurément à l'humanité, proclame une opinion dont nous pouvons encore fortifier la nôtre ; c'est que *le développement du ventricule droit cause la courte haleine et une dyspnée habituelle.* Notre mémoire n'est, pour ainsi dire, que le développement de la vérité énoncée par ces auteurs. Il est encore un passage de Cullen, qui nous paraît trop curieux et trop intéressant pour être passé sous silence : « On a vu, dit-il, « l'asthme se terminer par la phthisie pulmonaire, « par l'hydropisie de poitrine, et il devient communément mortel en occasionnant l'*anévrysme du* « *cœur et des gros vaisseaux.* » Comment se peut-il, qu'ayant émis une opinion semblable, il n'ait pas songé que l'asthme soi-disant nerveux n'était que le premier degré de ces diverses maladies ?

Les observations qu'on vient de lire prouvent, ce nous semble, d'une manière incontestable, que les symptômes qu'on attribue à l'asthme dépendent d'une altération des organes de la respiration ou de la circulation. Tous les prétendus asthmatiques que nous avons ouverts depuis plus de quinze ans nous ont *toujours* présenté quelques-unes de ces lésions ; et l'on peut penser que personne ne s'est trouvé placé dans des circonstances plus favorables que nous pour multiplier ces sortes de recherches. Ces observations sont si généralement certaines, qu'on peut prendre au hasard, dans l'infirmerie de la Salpêtrière, telles asthmatiques qu'on voudra : à leur mort on peut être sûr de rencontrer les altérations indiquées. Tous les exemples que nous avons cités ont été pris de cette manière durant le mois de mars 1817. Nous avions observé, plusieurs années auparavant, les personnes qui en font le sujet, et nous avions pu suivre les progrès, le développement successif des symptômes qu'elles ont offerts. Notre hospice en fournit un si grand nombre, que rien ne serait plus facile

que d'en multiplier les citations. Durant l'hiver, nos salles sont remarquables par le nombre d'individus qui étouffent; et pendant les froids intenses, nous en avons compté jusqu'à quatre sur cinq. Dans l'été, tous ces étouffements disparaissent pour revenir l'hiver suivant : alors souvent les malades succombent, et laissent voir les lésions que nous avons signalées. Un très-petit nombre de personnes, dont les affections organiques ont atteint le dernier degré de développement, restent pendant la belle saison. Il est à observer que ces personnes étouffent aussi pendant le *jour*, ce qui conduit à conclure que l'asthme périodique n'est que le commencement de l'affection organique, et que lorsque celle-ci est très-avancée, les symptômes sont continus, et ne peuvent plus laisser de doute sur la nature de la maladie.

Le raisonnement devrait se taire devant l'expérience; il est cependant des gens que des observations seules ne satisfont pas, qui taxent d'empirisme aveugle cette manière d'étudier la nature; ils ne croient que ce qui est explicable à leurs yeux, et ne peuvent se faire à l'idée que beaucoup de phénomènes nous échappent et nous échapperont sans doute longtemps encore. Ces personnes font des objections plus ou moins spécieuses. Quoique rien ne soit plus satisfaisant que l'accord du raisonnement et de l'expérience, nous ne saurions trop nous défier des charmes que cet accord nous présente; car c'est pour avoir fait fléchir les faits pour appuyer des raisonnements, qu'on est tombé de tout temps dans de si fréquentes et si dangereuses erreurs. C'est dans ce sens que l'on a dit que le raisonnement était l'ennemi de la raison. Ainsi, certain de nos faits, nous devons prévenir que nous ajoutons peu d'importance à nos raisonnements, et que nous sommes tout disposés à en faire le plus entier sacrifice : nous nous permettrons cependant de combattre, avec les armes qu'ils nous offrent, les difficultés, qu'on nous oppose. Lorsqu'on cherche la vérité de bonne foi, on doit saisir avidement les objections; on doit aller au-devant des critiques au lieu de les éviter, et les présenter dans toute leur force, bien loin de les dissimuler, pour tâcher d'en faire jaillir l'évidence.

Première objection. — « Vous dites que, chez les vieillards, l'ossification de l'aorte est la cause la plus ordinaire des maladies du cœur, et conséquemment de l'asthme; mais l'ossification de l'aorte est le résultat inévitable des progrès de l'âge; donc ce n'est qu'un phénomène physiologique, ce n'est point une maladie. D'ailleurs, bien des gens ont les gros vaisseaux ossifiés, et n'offrent aucun symptôme d'asthme pendant leur vie. » Nous demanderons d'abord à ces personnes depuis quand l'âge n'est plus considéré comme une cause de maladie, et si l'opacité du cristallin, résultat *des progrès de l'âge*, n'est point une maladie; si l'on doit refuser le nom de maladie à une lésion qui intercepte l'exercice des fonctions au point de donner la mort. L'ossification de l'aorte n'est pas un état naturel; elle gêne le cours du sang, produit l'augmentation du cœur, la stase du sang dans les poumons, tous les symptômes qui l'indiquent, et par suite la mort des malades. Si l'on a ouvert quelques individus qui n'avaient pas eu la respiration ni la circulation gênées par ces altérations, ce qui est bien plus rare qu'on ne pense, et ce qui n'a lieu que dans les temps d'intermittence, il faut se souvenir qu'on a souvent ouvert des gens dont les poumons étaient remplis de tubercules qui n'avaient donné aucuns signes de leur présence dans la vie. L'ouvrage de M. Bayle en fait foi; pourtant, s'est-on jamais avisé de conclure que les tubercules ne donnent jamais lieu à la phthisie? La proposition est insoutenable. On peut en dire autant du cancer de l'estomac, du foie, etc. Les observateurs fourmillent de faits de ce genre. Nous avons déposé nous-même dans les cabinets de la faculté une tumeur osseuse de la grosseur du poing, laquelle s'était développée dans le tissu propre du foie, sans avoir donné dans la vie le moindre signe de son existence; dira-t-on que ce n'est point une maladie? Depuis quand les *maladies latentes* ne sont-elles plus des *maladies?*

Deuxième objection. — « Mais, dira-t-on, presque tous les vieillards ont des ossifications dans les gros vaisseaux. » Aussi presque tous, pendant l'hiver, éprouvent-ils des étouffements. La fréquence de cette altération ne saurait être une objection contre nous. Donc l'ossification de l'aorte, occasionnant ou non des symptômes, est une maladie.

Troisième objection. — Une autre objection qu'on nous a faite, est la suivante. « On connaît des personnes qui, ayant été affectées d'asthme, en ont cependant guéri. » Chez les vieillards, cela n'a jamais lieu; plusieurs ont présenté des symptômes d'asthme durant une saison, ont passé un certain temps sans en offrir, et sont morts d'une maladie étrangère; ce qui n'a pas empêché de rencontrer l'affection organique. — Pourquoi, dans cet intervalle, n'a-t-elle pas donné des signes de sa présence? — Par la même raison que les autres maladies latentes n'en offrent point. Nous avons donné nos soins à une femme qui, à l'âge de trente-quatre ans, avait présenté tous les signes d'un cancer de l'estomac: elle avait resté trois ans malade, et dans le dernier degré de dépérissement; sa santé était revenue cependant peu à peu; elle avait repris ses forces et son embonpoint, s'était livrée de nouveau à ses occupations, et était restée vingt ans dans un état de santé parfaite en apparence. A cinquante-quatre ans, cette femme fut reprise de vomissements de matières noirâtres, une tumeur à l'épigastre se manifesta; elle mourut au bout de trois mois. Un cancer ulcéré énorme avait envahi l'estomac, le foie, le pancréas, l'épiploon et les autres organes voisins: qu'était-il devenu pendant vingt ans? Mais admettons un moment la guérison de quelques asthmatiques; ne peut-on pas concevoir que chez des sujets jeunes ou adultes, des maladies organiques commençantes peuvent disparaître? Lorsque nous écrivions ceci, nous étions loin de nous attendre que nous trouverions dans l'ouvrage de Laennec la confirmation de cette conjecture. Il croit avoir acquis la certitude que les affections organiques du cœur sont susceptibles de guérison. Il cite des exemples d'individus qui avaient offert tous les symptômes d'anévrysme du cœur, et chez lesquels ces symptômes avaient disparu; il avait trouvé chez eux le cœur diminué de volume et ridé comme une pomme de reinette. L'explication qu'il donne de ces guérisons nous paraît très-ingénieuse: il compare les individus dont le cœur diminue de la sorte, à ceux chez lesquels une profession, une habitude, aurait développé outre mesure un organe, et chez lesquels cet organe aurait repris son volume naturel par la cessation de l'action des causes excitantes. Nous avons vu des personnes présenter des signes d'affections organiques de l'estomac et du bas-ventre, offrir en même temps des tumeurs volumineuses que des médecins très-recommandables ont reconnues comme nous; ces tumeurs, ainsi que les autres symptômes, ont cependant disparu au bout de quelques mois. Pourquoi un malade anévrysmatique ne guérirait-il pas, placé dans des circonstances favorables? Croyait-on, il y a six ans,

que l'apoplexie sanguine fût susceptible de guérison?

Quatrième objection. — « Mais, nous dit-on, on a ouvert des asthmatiques, chez lesquels on n'a rien trouvé. » Ceci pourrait bien ne prouver autre chose, sinon qu'on a mal cherché. Ce cas ne s'est *jamais* offert à notre observation, qui, pour cet objet du moins, peut s'opposer à toute autre. Je ne sache pas qu'on puisse en citer un exemple bien constaté. On trouve, dans le *Sepulchretum*, l'histoire d'un homme sujet à un étouffement durant sa vie, chez lequel on ne rencontra RIEN après la mort; mais *les parois du ventricule gauche avaient plus d'un pouce d'épaisseur!* Au reste, l'asthme périodique étant le premier degré d'une affection organique, il n'est pas surprenant que celle-ci ait été méconnue.

Cinquième objection. — « On a été jusqu'à nous objecter qu'un seul cas bien avéré, où l'on n'aurait rien trouvé, détruirait notre opinion, parce qu'on pourrait dire alors que l'asthme complique toutes les maladies du cœur. » Nous ne répondrions pas à cette objection, si ce n'était pas un médecin connu qui l'eût faite. D'abord, nous sommes encore à chercher ce fait; et, supposé qu'on le trouvât, rien ne démontrerait qu'il dépendît d'une lésion nerveuse; cela prouverait seulement qu'on n'a rien trouvé. Mais admettons l'existence de la lésion nerveuse; pourquoi vouloir qu'elle complique la maladie du cœur? A-t-on jamais supposé la complication du vomissement nerveux dans le cancer de l'estomac, parce qu'on a trouvé des vomissements sans altération organique?

Sixième objection. — L'angine de poitrine, dit-on encore, ressemble beaucoup à l'asthme, et cependant des ouvertures bien faites n'ont donné aucun résultat. » L'angine de poitrine n'est pas l'asthme, et cette maladie problématique n'est pas encore assez connue pour qu'elle puisse être elle-même une objection. Mais en attendant qu'on découvre la lésion qui la produit, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer la complaisance avec laquelle un médecin, d'ailleurs recommandable, trace des observations *d'angines de poitrine compliquées d'anévrysmes du cœur*, et s'évertue à faire distinguer les symptômes de l'une de ceux de l'autre; il n'a pas vu que ces prétendues angines n'étaient qu'une conséquence de la maladie du cœur; tant on aime les énigmes, tant on aime l'obscurité!

Septième objection. — « La maladie, d'abord nerveuse, a fini par donner lieu à l'altération organique. » Il faut bien avoir une affection particulière pour les maladies nerveuses, pour faire une pareille objection. Pourquoi ne pas remonter à une influence nerveuse pour toutes les lésions locales? Pourquoi la phthisie, le cancer de l'estomac, du foie, du pancréas, des intestins, de l'utérus, etc., ne sont-ils pas le produit d'une cause nerveuse? N'est-il pas plus raisonnable d'admettre que les symptômes qui se sont manifestés étaient dus à une affection organique commençante, que d'aller chercher une cause nerveuse que rien ne constate?

Huitième objection. — « Pourquoi ne rencontrez-vous pas toujours la même altération d'organe? Pourquoi les mêmes symptômes sont-ils dus tantôt à l'anévrysme du ventricule gauche, tantôt à celui du ventricule droit, tantôt à une pleurésie chronique, ou toute autre altération du poumon, etc.? » Il suffit d'avoir la plus simple notion de la structure de nos parties, et du mécanisme de nos fonctions, pour voir cette objection s'évanouir, pour ainsi dire, d'elle-même. Il est évident que la suffocation, qui est le phénomène principal de l'asthme, est due à un embarras du poumon, primitif ou secondaire. L'embarras qui se manifeste le plus fréquemment chez les vieillards est sans contredit celui qui dépend de la stase du sang dans le tissu pulmonaire, par obstacle dans la grande circulation (1). L'aorte obstruée, le sang stagne dans le ventricule gauche, dans l'oreillette du même côté, et de proche en proche dans le poumon. Alors le malade se met sur son séant, s'apppuie sur les mains; sa poitrine s'enfle, se dilate par de longues et fréquentes inspirations; il semble vouloir donner à la cavité thoracique la plus vaste capacité possible, pour contenir l'excès de sang qu'accumule dans le tissu pulmonaire la gêne de la circulation.

L'obstacle se trouve-t-il au contraire primitivement dans le poumon; le malade est-il phthisique, ou affecté de pleurésie ou de péripneumonie chronique, rachitique, etc.; la gêne de la respiration se conçoit alors bien plus facilement ainsi que l'augmentation des cavités droites du cœur, qui ne manque pas d'avoir lieu, lorsque cet organe lutte depuis long-temps contre la difficulté qui lui est opposée; disposition qui a fait dire à Bayle ce que nous avons cité plus haut. Ainsi il n'est pas surprenant que des lésions diverses produisent les mêmes phénomènes lorsqu'elles affectent les mêmes organes.

Neuvième objection. — Nous n'avons présenté jusqu'ici que des objections si peu solides, que le lecteur judicieux doit avoir lui-même devancé nos répliques; mais il en est une en apparence plus embarrassante. La nature, qui nous permet d'observer les phénomènes innombrables qu'elle produit, semble s'être fait un plaisir de nous dérober les moyens qu'elle emploie sous un voile impénétrable. Telle est la cause de la périodicité dans l'asthme des vieillards. « Pourquoi, la maladie étant organique, par conséquent invariable, les malades étouffent-ils plus dans un moment que dans un autre? » Nous demanderons à notre tour si l'on a jamais songé à expliquer les paroxysmes réguliers d'une pneumonie, d'une pleurésie, ou même d'un cancer de l'estomac, ou d'une phthisie, etc.; s'il semble plus facile de rendre raison de la rémitence dans ces maladies, que d'une cessation momentanée des accidents dans celle qui nous occupe, et si la même cause qui produit les alternatives des premières ne peut pas occasionner dans la seconde des intermittences complètes, qui ne sont qu'un degré de plus; pourquoi, si l'on ne peut expliquer les unes, se montrer plus exigeant pour l'autre? Cullen, comme on l'a vu, dit que l'intermittence des symptômes n'est jamais complète dans les asthmatiques, et la même assertion se rencontre chez tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière. Bosquillon, dans ses notes, va plus loin encore que le texte. Nous voyons cependant beaucoup d'individus, surtout dans les premières attaques de leurs maladies, qui présentent des intermittences parfaites. L'auteur que nous venons de citer (Cullen) pense *que les affections organiques, agissant* CONSTAMMENT, *peuvent produire une dysp-*

(1) Cette stase est démontrée par l'ouverture des cadavres, qui constamment montrent les poumons gorgés de sang, *splénisés* ou *hépatisés*, dans les corps des personnes mortes asthmatiques, ou, pour parler plus correctement, anévrismatiques.

née PÉRIODIQUE (1). Il est vraisemblable que la cause de cette périodicité se trouve dans l'atmosphère, dont l'influence sur la respiration et la circulation est immédiate, et dont les qualités sont bien diverses, selon les moments de la journée. Quant à la différence qui existe entre certaines personnes, pour l'heure de l'étouffement, on peut conjecturer, avec quelque raison, que c'est à la constitution individuelle que cette différence est due. « Les accès d'asthme, dit encore Cullen, semblent dépendre d'un degré de plénitude des vaisseaux des poumons (2); d'où il est probable que la suppression de la transpiration, et la détermination moins considérable du sang vers la surface du corps, peuvent favoriser son accumulation vers le poumon, et occasionner en conséquence l'asthme. » On conçoit dès lors que le froid de l'hiver et la température de la nuit peut influer sur les intermittences de cette maladie (3). Nous ajouterons que la sécrétion du mucus bronchique, plus abondante pendant la nuit, peut opposer un obstacle de plus à la respiration. De là les succès momentanés des expectorants, de la digitale, de la scille, des vésicants, des rubéfiants, des dérivatifs de toute espèce, des antispasmodiques excitants, tels que l'éther, etc. Tels sont, ce nous semble, les raisonnements les plus vraisemblables qu'on puisse faire sur ce phénomène, dont la cause restera probablement long-temps inconnue.

Sans doute nous n'avons pas résolu toutes les difficultés, sans doute plusieurs objections peuvent encore nous être adressées; mais, en opposât-on de plus fortes que celles qu'on vient de lire, et nos réponses ne fussent-elles point victorieuses, il n'en résultera pas moins de nos observations cette vérité que nous croyons irrécusable : « que l'asthme, chez les vieillards, est un symptôme d'une lésion organique. »

Depuis la publication de ce mémoire, un grand nombre d'objections nous ont été adressées par divers critiques. Mais une masse de faits bien autrement imposante sont venus nous confirmer dans notre manière de penser. Nous avons pu observer dans notre vaste établissement *plus d'un millier* d'individus atteints de cette affection, et nous n'avons pas rencontré un seul cas exceptionnel; nous les avons fait voir à un grand nombre de médecins et d'élèves, et nous n'avons jamais reçu un seul démenti de la part de l'observation. D'où vient que la nature est si complaisante pour nous, si ce n'est parce que nous n'avons parlé que d'après elle? Si nous nous étions mépris quelquefois, oserions-nous écrire ce que nous écrivons en ce moment, et qui, devant être lu sans doute par tant de témoins de nos observations, ne manquerait pas d'être taxé d'imposture? Je le répète, lorsqu'un auteur s'appuie sur un nombre de faits aussi immense que les nôtres, les critiques de cabinet devraient bien être plus réservés sur leurs assertions tranchantes.

Ce n'est pas dans un ouvrage de la nature de celui-ci que nous pouvons réfuter toutes les critiques qui ont été faites à ce sujet de notre opinion sur l'asthme. Qu'on nous permette cependant d'en citer et d'en combattre quelques-unes.

L'un nous a dit que l'asthme était le symptôme de l'emphysème du poumon, et non d'une maladie du cœur. Mais alors il n'est pas une affection nerveuse, et nous avons prouvé ailleurs que l'emphysème du poumon était toujours un phénomène consécutif, même en nous appuyant sur les observations de l'auteur qui a fait cette objection.

L'autre nous a soutenu qu'il était l'effet du catarrhe chronique; mais alors il n'est point une affection nerveuse. La coïncidence du catarrhe et de l'asthme nous avait fait croire aussi, dans un temps, qu'il en était la cause; mais alors pourquoi n'est-ce pas le ventricule pulmonaire qui est malade, mais bien le ventricule aortique? Si l'obstacle était dans le poumon, le ventricule droit devrait être malade, puisqu'il serait alors chargé de vaincre cet obstacle.

Lorsque l'orifice aortique est rétréci, au contraire, le ventricule gauche s'hypertrophie, le sang stagne de proche en proche dans le poumon et dans les bronches, il finit par déterminer de véritables inflammations. Le catarrhe n'est donc qu'un effet consécutif. Un troisième a dit que, puisque Corvisart avait cherché à établir la différence des maladies du cœur et de l'asthme, il était inutile de chercher à prouver le contraire. Certes, je professe pour Corvisart une grande estime, c'est un des esprits les plus positifs qui aient existé en médecine; mais c'est précisément parce qu'il a cherché à distinguer ces deux maladies, que j'ai fait mon mémoire; mon travail eût été inutile s'il avait émis les mêmes propositions que les miennes.

La maladie a commencé par les poumons. Cela peut arriver souvent ainsi. Cela a lieu pour les rachitiques; mais pourquoi, dans la très-grande majorité des cas, est-ce le ventricule gauche qui est malade? Lorsque le poumon est affecté le premier, c'est le ventricule droit qui doit être et qui se trouve en effet altéré.

Enfin on a guéri des asthmatiques : d'abord c'est douteux; et je sais que l'exemple cité par Ducamp est faux, puisque le malade n'est pas guéri. Mais, le fût-il, qu'est-ce que cela prouve, sinon qu'on peut guérir de cette maladie?

Georget, qu'une mort prématurée a ravi à la science, a aussi combattu notre manière de voir; mais nous ferons observer que les observations qu'il cite ne sont pas complètes et partant point concluantes.

Quant à celles où l'on n'a rien trouvé, il est fort extraordinaire que, depuis douze ans que notre mémoire est publié, on n'en ait encore trouvé qu'une seule. Que peut-elle prouver, sinon qu'on a mal cherché?

Je ne parle pas de celle de M. Bricheteau insérée dans les archives de novembre 1825, qui ne prouve nullement que l'asthme soit une lésion nerveuse, puisqu'il existait de nombreuses altérations pathologiques.

Par toutes ces raisons, je persiste, dans ma conclusion, que l'asthme *chez les vieillards* n'est point une affection nerveuse.

La respiration inégale, entrecoupée, intermittente, fournit peu de signes diagnostiques; elle annonce une vicieuse conformation du thorax, de la gêne dans la circulation pulmonaire, des affections morales tristes, des maladies du cœur ou du poumon, ou des maladies éloignées qui exercent quelque

(1) Nous possédons une observation qu'il serait trop long de citer ici, dont le sujet éprouvait des convulsions et beaucoup d'autres symptômes qui revenaient depuis plusieurs années d'une manière périodique. A l'ouverture, nous trouvâmes un cancer de la grosseur d'un œuf, dans la substance du cerveau.

(2) On voit combien il était voisin de la vérité.

(3) On nous demandera peut-être pourquoi les malades cherchent à respirer un air frais; pourquoi ils ouvrent leurs fenêtres et en paraissent soulagés. Nous ne voulons pas nous jeter dans le champ sans borne des conjectures; nous dirons seulement que le soulagement qu'ils éprouvent est infiniment peu de chose et très-fugitif : ne serait-il pas dû à la diminution de la chaleur intérieure de la poitrine?

influence sur l'acte respiratoire, mais principalement quelques maladies des organes de l'innervation et particulièrement du cerveau; enfin, la terminaison par la mort des maladies aiguës.

L'oreille nue distingue quelquefois dans les maladies des bruits particuliers que fait entendre la respiration. C'est ainsi que la respiration est sifflante dans les affections organiques du cœur et des gros vaisseaux. Corvisart avait observé que dans l'anévrysme de l'aorte, lorsque ce vaisseau dilaté comprimait la trachée-artère, la respiration était ordinairement sifflante. On l'observe encore dans d'autres maladies thoraciques. Dans le commencement de l'angine membraneuse des enfants ou croup, la respiration est fréquemment sifflante, elle fait même entendre alors un bruit particulier qu'on a comparé inexactement au cri du coq ou au bruit rendu par un tube d'airain. Il paraît que, dans la plupart des cas, le sifflement est dû au rétrécissement des conduits aériens par une cause mécanique ou toute autre. Je dis toute autre, car il est incontestable que certains spasmes produisent le resserrement du larynx, le sifflement, et même l'aphonie. C'est ce que j'ai eu l'occasion d'observer souvent chez des jeunes gens très-timides.

La respiration est suspirieuse dans quelques névroses et dans les maladies de l'encéphale.

Elle est luctueuse ou plaintive lorsque le malade souffre profondément, qu'il soit dans le délire ou qu'il jouisse de toute sa raison; mais cette espèce de respiration a le plus souvent lieu dans les maladies aiguës du poumon.

Le stertor est un signe de compression cérébrale; il a lieu dans les hémorrhagies de l'encéphale, dans les congestions violentes (coup de sang), dans les ramollissements, dans toutes les maladies de cet organe qui entraînent l'état carotique. Il paraît être le résultat d'une contraction particulière ou de la compression des voies aériennes. Il survient vers la fin des maladies aiguës qui se terminent d'une manière funeste. Le ronflement, qui a son siége dans les fosses nasales lorsqu'il est pathologique, dépend des mêmes causes, et, de plus, de polypes ou d'autres tumeurs développées dans les fosses nasales; de corysas très-violents, etc.

La respiration offre différents bruits dans l'hydrothorax, le catarrhe, l'hémoptysie, etc.

L'air expiré fournit quelques signes qu'on ne doit pas négliger. Il est chaud et quelquefois brûlant dans les maladies inflammatoires, et surtout dans celles qui occupent les organes de la respiration.

Il est froid lorsque dans les maladies les poumons n'exécutent plus leurs fonctions qu'avec la plus grande difficulté : c'est ce qu'on remarque dans les catarrhes, dans les pneumonies qui se terminent d'une manière fatale, et généralement dans toutes les agonies.

L'air est souvent fétide dans l'état physiologique ou plutôt dans l'état habituel, chez les vieillards, chez les personnes qui digèrent mal, chez celles qui ont les dents gâtées.

Dans l'état pathologique, il est le signe de la suppuration du poumon, de la gangrène de cet organe ou de celle du pharynx et du larynx; il offre cette odeur dans les inflammations adynamiques, etc. Il est douceâtre dans certaines gastro-entérites, et chez les enfants qui ont des vers.

Les abcès de la bouche, le scorbut, l'usage du mercure, rendent aussi l'haleine fétide. L'air expiré devient fétide et cadavéreux à l'approche de la mort, dans la plupart des maladies; il indique une prostration extrême des forces.

Les signes diagnostiques fournis par cette fonction, ainsi que tous les autres, doivent être réunis en certain nombre pour acquérir quelque valeur.

Voyons maintenant les signes que l'on obtient par le nouveau mode d'exploration.

Le cylindre évasé à son extrémité en forme d'entonnoir est celui dont on doit se servir pour l'exploration de la respiration. Appliqué sur la poitrine d'un homme sain, il fait entendre un murmure léger très-distinct, qui indique l'introduction de l'air dans les cellules du poumon et son expulsion. Le creux de l'aisselle et l'espace compris entre la clavicule et le trapèze sont les points où il a le plus de force; on l'entend d'ailleurs sur tous les points du thorax. Le bruit de la respiration offre un caractère particulier à l'origine des bronches; l'air semble passer dans un couloir plus vaste que les cellules pulmonaires; il semble quelquefois attiré du cylindre et refoulé dans ce tube. Ce n'est qu'au bout de quelques secondes qu'on peut bien juger de la respiration : les vêtements n'empêchent pas de l'entendre; on peut en dire autant de l'embonpoint et de l'infiltration des parois de la poitrine; ce qui donne au stéthoscope une supériorité marquée sur la percussion. La respiration est d'autant plus sonore qu'elle est plus fréquente. Chez les enfants, elle est très-sonore; elle offre même dans cet âge un bruit particulier, c'est la respiration puérile. Elle varie chez l'adulte ; elle s'entend fort peu chez les sujets qui respirent lentement; ceux-là sont ordinairement peu sujets à la dyspnée. Quelques individus ont la respiration bruyante et conservent jusqu'à la vieillesse la respiration puérile. Ce sont en général des femmes et des personnes nerveuses; elles s'essoufflent facilement.

Dans quelques cas pathologiques, la respiration prend le caractère puéril : cela se remarque lorsqu'un poumon ou une partie de poumon est devenue imperméable à l'air. La respiration la plus bruyante à l'oreille nue ne se fait pas entendre pour cela plus fortement dans la poitrine, excepté lorsqu'il existe du râle, ou du sifflement, etc., le bruit de la respiration ayant ordinairement lieu dans les fosses nasales ou l'arrière-bouche.

Lorsque la respiration s'entend distinctement et à peu près également dans toute la poitrine, il n'existe ni épanchement ni engorgement; si elle cesse de se faire entendre dans un point quelconque, ce point est imperméable à l'air. L'absence du son par la percussion indique la même chose, et coïncide presque toujours avec l'absence de la respiration.

La pneumonie présente trois degrés : le premier est caractérisé par une sorte d'engouement, le tissu pulmonaire est encore crépitant; dans le deuxième, l'air ne pénètre plus ce tissu, c'est l'hépatisation rouge; dans le troisième, la partie hépatisée entre en suppuration, c'est l'hépatisation grise. Ces trois degrés peuvent se rencontrer réunis. Le passage de l'un à l'autre de ces degrés peut se reconnaître par des points d'un engorgement plus avancé au milieu d'un tissu moins engorgé. La péripneumonie commence ordinairement par la partie inférieure du poumon qu'elle finit par envahir entièrement. Dans la résolution de l'inflammation, le poumon reprend sa perméabilité à l'air; le tissu est seulement plus humide que dans l'état naturel; il présente une teinte jaune et légèrement verdâtre; il ne suinte plus de pus. Les signes généraux ne suffisent pas pour caractériser la péripneumonie. La percussion même ne suffit pas dans quelques circonstances. Le cylindre indique l'engorgement dans tous les cas et

ses degrés divers. Dans le premier degré, la respiration s'entend encore dans le point affecté, que le son soit mat ou non; elle est cependant moins forte que dans les autres parties de la poitrine; elle est accompagnée d'une espèce de *crépitation* qui est le signe pathognomonique de ce premier degré, c'est le *râle crépitant*. Il suffit de l'avoir entendu une fois pour le reconnaître. Le deuxième et le troisième degré se reconnaissent à l'absence totale de respiration. Toutefois la respiration s'entend fortement dans la division des bronches où elle semble s'arrêter, c'est la respiration *bronchique*. On entend quelquefois un *râle muqueux* plus ou moins marqué, il existe quand le catarrhe complique la péripneumonie. La respiration redevient quelquefois *puérile*. Dans la résolution, le cylindre apprécie les progrès de la guérison. Le murmure d'expiration est déjà sensible lorsque le son est encore mat. Tous les jours ce murmure devient plus marqué. La percussion ne fait reconnaître la résolution que quelques jours plus tard.

Du côté droit la respiration est sensible malgré la présence du foie; il suffit qu'une partie même fort mince du poumon pénètre entre les côtes et le diaphragme refoulé par le foie, ce qui donne à l'auscultation la supériorité sur la percussion. Du côté gauche, si l'estomac, distendu par des gaz, refoule le diaphragme, la percussion donne un son clair; mais l'absence de respiration rectifie le jugement et fait reconnaître l'erreur. L'auscultation est encore supérieure dans les cas d'embonpoint, d'infiltration, de rachitisme et de flaccidité des téguments, et dans beaucoup d'autres qu'on pourra lire dans l'ouvrage de Laennec. L'auscultation ne doit pas faire négliger la percussion; leur emploi successif donne, dans les cas douteux, des certitudes que l'une des deux n'eût pu seule faire acquérir.

La gangrène du poumon est un cas fort rare; elle est circonscrite ou non circonscrite. Le tissu pulmonaire plus humide, plus facile à déchirer que dans l'état naturel, offre la densité du premier degré de la péripneumonie. Sa couleur varie depuis le blanc sale jusqu'au vert foncé, presque noir, avec un mélange de brun noirâtre ou jaune terreux; quelques points ramollis tombent en déliquium. Un liquide sanieux trouble, d'un gris verdâtre et d'une fétidité gangréneuse insupportable, s'écoule des parties altérées qu'on incise. Le tissu pulmonaire sain se perd insensiblement dans celui qui est affecté, ou il en est séparé par un engorgement inflammatoire. La gangrène partielle peut se développer dans toutes les parties du poumon; elle doit être considérée sous l'état d'eschare, de sphacèle déliquescent, et celui d'excavation formée par le ramollissement complet et l'évacuation de la partie gangrénée. L'eschare gangréneuse peut se faire jour dans la plèvre et devient la cause d'une pleurésie ordinairement accompagnée d'un pneumo-thorax. Quelquefois la cavité pénètre en même temps dans la plèvre et dans les bronches. Les excavations gangréneuses produisent la pectoriloquie, comme les excavations tuberculeuses. Quand elles communiquent en même temps avec la plèvre et les bronches et qu'elles ont déterminé la pleurésie avec pneumo-thorax, elles donnent lieu au tintement métallique.

L'emphysème du poumon est peu connu; il est assez commun; il donne lieu à l'agrandissement inégal des cellules pulmonaires; elles varient alors depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une fève de haricot; elles ne dépassent pas ordinairement la surface du poumon, mais quelquefois elles y forment une légère saillie. Dans ce dernier cas le poumon paraît vésiculeux, comme celui des batraciens. Dans un plus haut degré les vésicules aériennes se rompent, il se fait dans le tissu cellulaire un véritable épanchement d'air qui donne lieu à des phlyctènes irrégulières plus ou moins volumineuses; elles peuvent atteindre le volume d'un œuf, et se déplacent facilement sous le doigt. Les poumons ainsi emphysémateux, au lieu de s'affaisser lorsqu'on les sort de leur cavité, semblent s'échapper avec violence, ils sont moins compressibles et plus durs qu'à l'ordinaire, la crépitation est d'une nature particulière; ils sont plus légers, plus secs que dans l'état sain. Les signes généraux de cette maladie sont équivoques; l'auscultation jointe à la percussion donne des signes certains de sa présence. La respiration ne s'entend pas, et la poitrine rend cependant un son *très-clair;* si la respiration s'entend, elle est faible, et les points où elle se fait entendre varient d'un moment à l'autre. Si la maladie est légère, on entend quelquefois un râle qui ressemble au cliquetis d'une petite soupape, il est rare et non continu. Cette lésion peut être confondue avec le catarrhe pulmonaire et le pneumothorax; nous verrons plus tard comment on peut les distinguer.

Des productions accidentelles développées dans le poumon. Lorsque les tumeurs sont volumineuses, le cylindre les indique par l'absence de respiration dans le lieu qu'elles occupent. Si elles sont petites, et le poumon sain dans l'intervalle, le cylindre n'indique rien : c'est ainsi que pour les tubercules crus et disséminés, et dont les intervalles sont sains, il ne donne pas plus de signes que la percussion. Les tumeurs pourraient être reconnues sous le sternum, par l'absence de la respiration, qu'on entend parfaitement dans l'état sain. Des *kystes* volumineux se développent parfois dans le poumon, le cylindre peut les faire soupçonner. On peut en dire autant des *hydatides* ou *acéphalocystes*. Des productions *cartilagineuses, osseuses, pétrées, crétacées*, se rencontrent souvent dans le poumon : lorsqu'elles sont peu volumineuses, elles ne peuvent pas même être présumées par l'auscultation.

Les *mélanoses* sont une espèce de cancer des moins communs, qui se présentent sous divers états, mais que nous ne décrirons pas ici, vu que l'auscultation ne fournit aucun signe pour les reconnaître.

Les *encéphaloïdes* du poumon sont une espèce de cancer des plus communs, que le cylindre peut indiquer simplement; lorsqu'elles sont volumineuses. Par cette raison, nous les passerons sous silence.

La respiration fournit quelques signes pour reconnaître les tubercules simples; et bien qu'ils soient équivoques, ils ne doivent pas être dédaignés. Si les tubercules sont accumulés dans un seul endroit, le son est mat, et la respiration nulle. La respiration est sonore aux endroits qui correspondent à ces excavations; même quand le son est mat par la percussion, le murmure qui existe dans l'état naturel ne se fait pas entendre dans ce dernier cas. L'expiration produit un bruit plus fort que l'inspiration, chez les individus qui ont des excavations profondes. Ce signe annonce qu'une caverne vide, existant au milieu d'un tissu crépitant, communique avec les bronches par une seule ouverture ou par un petit nombre.

La *pleurésie* peut être reconnue par les symptômes généraux, locaux; et les signes que fournit la percussion ont fort peu de valeur dans cette inflammation. L'auscultation en fournit de bien plus cer-

tains pour reconnaître l'épanchement pleurétique et son abondance. Ces signes sont une grande diminution, ou l'absence totale de la respiration, la disparition et le retour de l'*égophonie*. Si l'épanchement est prompt et abondant, la respiration cesse ou ne s'entend qu'à trois travers de doigt de la colonne vertébrale, et avec moins de force que du côté opposé. C'est un signe certain (s'il survient après quelques heures de maladie) d'un épanchement abondant. Dans la péripneumonie, l'absence de la respiration est plus graduelle, plus inégale, et précédée d'un râle *crépitant*. Lorsque la cessation de la respiration est totale et absolue, c'est un mauvais signe; la pleurésie passera à l'état chronique. Chez les enfants et les individus bien constitués, cet accident a rarement lieu : la respiration continue à se faire entendre quoique légèrement, mais mieux vers la racine du poumon. Le son reste mat, quand la respiration recommence à se faire entendre; elle est quelquefois *puérile* du côté sain quand l'épanchement est peu considérable. L'ordre dans lequel la respiration recommence à se faire entendre, est celui-ci : la partie moyenne du dos, la partie antérieure et supérieure du thorax, le sommet de l'épaule, sous l'omaplate, le côté, et les parties inférieure, antérieure et postérieure. Cet ordre est quelquefois interverti par la présence des adhérences qui permettent à la respiration de se faire entendre pendant tout le cours de la maladie, dans les endroits correspondants.

Ces signes de résolution sont souvent très-lents dans leur apparition successive. Le côté affecté est ordinairement dilaté; cette dilatation disparaît aussi avec l'épanchement. Nous verrons plus tard que l'égophonie n'est pas un signe certain d'un épanchement moyen. Il est des pleurésies dans lesquelles le côté affecté ne redevient jamais sonore, quoique la maladie soit bien terminée; la poitrine est manifestement plus étroite de ce côté, les côtes sont plus rapprochées, et l'épaule est plus basse que celle du côté opposé. La respiration n'est pas sensiblement gênée. Cet état est dû à la formation d'une fausse membrane épaisse, couenneuse, qui enveloppe le poumon et l'empêche de se dilater, et finit par devenir fibro-cartilagineuse. Le son mat par la percussion et l'absence de respiration, partout ailleurs qu'à la racine du poumon, doit faire reconnaître cet état. Dans ce cas, le poumon ressemble parfaitement à la chair musculaire.

La *gangrène* de la plèvre est une maladie fort rare; l'auscultation ne saurait la faire reconnaître. La *pleurésie circonscrite* pourrait être présumée par ce moyen, en y joignant surtout l'étude des symptômes généraux.

L'*hydrothorax idiopathique* est beaucoup plus rare qu'on ne croit. Elle n'existe ordinairement que d'un seul côté. Les signes sont les mêmes que pour la pleurésie. Les symptômes généraux et la marche de la maladie peuvent seuls la faire distinguer de la pleurésie chronique.

L'*hydrothorax symptomatique* est très-commune, et donne lieu à ces mêmes signes, qui ne se manifestent d'ailleurs que peu de temps avant la mort.

Des *productions accidentelles* de la plèvre peuvent déterminer un épanchement; le cylindre fera reconnaître l'épanchement séreux, mais non l'altération qui l'occasionne. On peut en dire autant de l'épanchement sanguin. Les corps solides développés dans la plèvre pourraient être reconnus, à l'absence de la respiration survenue lentement, graduellement, et non subitement, comme dans la pleurésie et l'hydrothorax, à l'absence du *râle crépitant* qui caractérise la péripneumonie, et à la présence de la respiration à la racine du poumon.

Les *hernies intestinales diaphragmatiques* seraient fort aisées à reconnaître à l'absence de la respiration, au bruit des borborygmes. Celles du poumon à travers les muscles intercostaux pourraient aussi être reconnues au bruit occasionné par la pénétration et la sortie de l'air.

Les symptômes du *pneumo-thorax*, quelles que soient sa nature et sa cause, sont fort obscurs et peu connus. Le véritable signe de cette affection se trouve dans la comparaison des résultats obtenus par l'auscultation et la percussion. Lorsque la poitrine résonne mieux d'un côté que de l'autre, et que la respiration ne s'entend pas du côté sonore et s'entend bien de l'autre, il y a pneumo-thorax. La respiration se fait toujours entendre légèrement à la racine du poumon : ce phénomène sert à distinguer cette maladie de l'emphysème du poumon. Dans ce dernier, l'absence de la respiration n'est jamais aussi complète, elle s'entend d'une manière variable dans certains points, et s'accompagne d'un râle léger, qui n'a pas lieu dans le pneumo-thorax. D'ailleurs l'épanchement d'air dans la plèvre est promptement mortel, les progrès de l'emphysème sont fort lents.

Exploration du rale. Laennec entend par *râle* tous les bruits produits par le passage de l'air à travers les liquides contenus dans les bronches ou le tissu pulmonaire; ils sont très-variés; on peut en distinguer quatre espèces principales : 1° le râle humide ou *crépitation;* 2° le râle muqueux ou *gargouillement;* 3° le râle sec, sonore, ou *ronflement;* 4° le râle sibilant, ou *sifflement*. Nous avons parlé du râle *crépitant;* on ne l'observe que dans la péripneumonie, l'œdème du poumon, et quelquefois dans l'hémoptysie. Le *râle muqueux,* ou *gargouillement*, est le râle des mourants : c'est le seul qu'on puisse entendre à l'oreille nue; le cylindre le fait entendre dans quelque partie du poumon que ce soit. Le *râle sonore, sec,* ou *ronflement*, consiste dans un son plus ou moins grave, et quelquefois extrêmement bruyant, qui ressemble au ronflement, au son d'une corde de basse, et quelquefois au roucoulement de la tourterelle; il est circonscrit, et n'a lieu que dans des fistules pulmonaires ou dans des tuyaux bronchiques dilatés. Sa cause est difficile à déterminer. Le *râle sibilant, sec* ou *sifflement*, tantôt prolongé, aigu, grave, sourd ou sonore, tantôt de courte durée, ressemble aux cris des petits oiseaux, au cliquetis d'une petite soupape, etc., etc. : ces diverses espèces existent à la fois, ou se succèdent à divers intervalles. Il est dû à une mucosité peu abondante, mais très-visqueuse. Lorsque le cylindre est appliqué directement sur le point où le râle a lieu, une sorte de frémissement léger se communique à l'instrument. Ce frémissement ne se fait point sentir, si le point où le râle existe est éloigné du stéthoscope. Le râle muqueux et le râle crépitant s'entendent moins loin que les deux autres. Le râle offre d'ailleurs une foule de variétés impossibles à décrire et que l'exercice apprendra. L'ouïe apprécie le volume des bulles d'air qui traversent les liquides contenus dans le poumon, et sous ce rapport le râle est *très-gros, gros, moyen, petit* ou *menu;* il est *abondant* ou *rare* selon la quantité des bulles, etc. Le râle muqueux est plus souvent gros, le râle crépitant menu.

L'œdème du poumon est une infiltration de sérosité dans le tissu pulmonaire, portée à un degré telle qu'elle diminue sa perméabilité à l'air; le poumon est d'un gris pâle, exsanguin, plus pesant, plus dense que dans l'état naturel, et ne s'affaisse pas; il est encore crépitant, conserve un peu l'impression

du doigt, et, si on l'incise, laisse écouler une *sérosité* abondante, presque incolore, légèrement fauve, transparente, à peine spumeuse. Les symptômes de cette maladie sont très-incertains. Par le cylindre la respiration est obscure et le râle crépitant se fait entendre comme dans le premier degré de la péripneumonie; pour distinguer ces deux affections, il faut donc le concours des symptômes généraux. La complication de cette maladie avec l'emphysème en rend le diagnostic fort obscur; il en est de même avec la péripneumonie.

L'apoplexie pulmonaire est très-commune, elle est le résultat d'une exhalation sanguine dans le parenchyme pulmonaire; son symptôme principal est l'hémoptysie, et ses caractères anatomiques sont un endurcissement fortement hépatique, partiel, d'un à quatre pouces cubes, circonscrit, dur à sa circonférence comme au centre; la substance pulmonaire contiguë est pâle, saine et crépitante; la partie engorgée d'un rouge foncé, noirâtre, d'une couleur tout-à-fait homogène, offrant des granulations plus fortes que dans l'hépatisation; quelquefois le centre est ramolli et présente un caillot de sang pur. On rencontre quelquefois deux ou trois engorgements semblables, sur le même sujet. La percussion ne peut pas faire distinguer toujours cette lésion, qui peut être profondément située; l'absence de la respiration et le *râle muqueux*, dont les bulles paraissent très-grosses, semblent se dilater en parcourant les bronches et se rompre par excès de distension, sont deux signes non équivoques que donne le stéthoscope.

Dans l'hémoptysie bronchique, le même râle existe, mais on entend la respiration partout.

Le râle fournit plusieurs signes dans la phthisie pulmonaire. Lorsqu'il existe une excavation ulcéreuse, encore remplie en partie de matière tuberculeuse ramollie et communiquant avec les bronches, il existe un râle muqueux qui ne s'entend que dans les points correspondants de la poitrine. Ce signe précède la pectoriloquie de plusieurs jours et même de plusieurs semaines. La toux produit le même phénomène; et lorsque la matière tuberculeuse est très-ramollie, on entend la fluctuation et même une espèce de *tintement*. Dans quelques cas on entend un véritable *glouglou*, qui annonce des cavités anfractueuses, communiquant entre elles par des conduits plus longs que larges.

Le *catarrhe pulmonaire* peut être reconnu par les résultats de l'auscultation réunis à ceux de la percussion. Le râle est un des principaux signes de cette maladie; il est très-bruyant, même dès le principe. Il est sonore, grave, parfois sibilant. A mesure que la sécrétion bronchique devient plus abondante, le *gargouillement* ou *râle muqueux* se fait entendre; il diffère du râle des mourants en ce qu'il est un peu moins fort, et qu'il permet d'entendre la respiration. Le râle peut faire apprécier l'étendue de la partie affectée; en effet, il est circonscrit quand la maladie est partielle, et s'entend dans toute la poitrine si elle est générale. Ce dernier cas est fort rare. La respiration est suspendue dans le lieu affecté, ce qui est dû à l'obstruction des rameaux bronchiques par le mucus pulmonaire. Cet état n'est souvent que momentané. En percutant la poitrine, elle résonne dans cet endroit : ce signe distingue ce cas de la péripneumonie; mais il est commun avec l'emphysème et le pneumothorax : les caractères de ce dernier ne peuvent donner lieu à aucune erreur. L'emphysème pourrait être confondu avec le catarrhe, si ce n'était que c'est une maladie sans fièvre, peu grave et essentiellement chronique. Au reste, dans le catarrhe, la respiration n'est suspendue que pendant un temps fort court; lorsqu'elle parait, elle est plus forte, quelquefois *puérile*, ce qui s'entend sur tous les points où la respiration peut être entendue. Il existe dans des régions diverses différentes espèces de râle, surtout le râle muqueux. Dans l'emphysème, le râle est rare et faible, semblable au cliquetis d'une petite soupape; la suspension de la respiration est beaucoup plus longue; les points où elle ne s'entend pas sont plus étendus; la respiration est faible là où on peut l'entendre.

Le *croup* et la *coqueluche* n'ont pas été observés par Laennec.

Le *catarrhe chronique*, qui ressemble tant à la phthisie, peut être reconnu lorsque, après avoir suivi le malade pendant un certain temps, il ne présente ni la pectoriloquie, ni le gargouillement, ni l'absence constante de respiration, ni la respiration *trachéale*. Le catarrhe chronique peut être humide ou sec : le premier peut être muqueux, c'est-à-dire avec crachats épais et opaques; ou pituiteux, avec crachats filants, incolores, transparents. Dans le *catarrhe muqueux*, le râle est muqueux et la respiration parfois *puérile*. Dans le *pituiteux*, le râle est sibilant ou sonore, et la respiration rarement *puérile*. Le catarrhe sec reconnait les mêmes signes que l'emphysème du poumon, auquel il donne souvent naissance.

Le *râle trachéal* est celui qui se passe dans le larynx, la trachée-artère et l'origine des troncs bronchiques. Il est le seul qu'on puisse entendre à l'oreille nue : à l'aide du cylindre, il prend presque toujours le caractère *muqueux;* quelquefois pourtant il est sonore, grave; il fait d'ailleurs entendre des bruits variables et un frémissement qui indique sa proximité; quand il est fort, il indique une hémoptysie grave, ou un paroxysme du catarrhe des vieillards. On l'observe chez les agonisants.

Le *tintement métallique*, qui ressemble parfaitement au bruit que rend une coupe de métal, de verre ou de porcelaine que l'on frappe légèrement avec une épingle, ou dans laquelle on laisse tomber un grain de sable, se fait entendre quand le malade respire, parle ou tousse. Il dépend toujours de la résonnance de l'air agité par la respiration, la toux ou la voix, à la surface d'un liquide qui partage avec lui la capacité d'une cavité contre nature. Il ne peut exister que dans deux cas : 1° dans celui de la coexistence d'un épanchement séreux ou purulent dans la plèvre avec un pneumo-thorax; 2° lorsqu'une vaste excavation tuberculeuse est à demi pleine d'un pus très-liquide.

Percussion du thorax.

Les auteurs sont dans l'usage de renvoyer les signes fournis par la percussion à l'examen de l'habitude extérieure du corps; mais ces signes appartiennent d'une manière si rigoureuse aux maladies de la respiration et de la circulation, que nous croyons devoir les exposer immédiatement après ceux que nous fournit l'auscultation. D'ailleurs, peu importe l'ordre dans lequel ces signes sont exposés; l'important c'est qu'ils le soient.

La percussion du thorax est un des moyens investigateurs les plus sûrs et les plus précieux entre les mains des médecins qui savent l'employer avec habileté.

Dans l'état naturel, le son que donne la percussion est en général un peu plus obscur dans la région du cœur, dans celle du foie, sur le trajet de

la colonne vertébrale et sur les omoplates. L'embonpoint obscurcit le son, ainsi que l'infiltration des parois thoraciques.

Si dans un des points du thorax le son obtenu est évidemment mat comme celui que donnerait la percussion de la cuisse ou approchant, on devra conclure qu'il y a maladie dans cet endroit. La lésion est d'autant plus étendue que le son est mat dans un plus grand espace. La matité du son prouve que l'air ne pénètre plus dans le tissu pulmonaire, ou qu'un corps solide ou liquide s'est interposé entre le poumon et les parois du thorax. Pour distinguer quelle est la nature de la cause qui produit cette matité, il faut percuter le malade dans des positions diverses; si, en changeant de position, le son mat varie de région, s'il occupe toujours les points les plus déclives, et le son clair toujours les parties les plus élevées, on conclura que la cause est un liquide. Il existe cependant une exception à cette règle, c'est que le liquide peut être retenu par des adhérences anciennes, et ne pas suivre les lois de la pesanteur.

Cependant si le son reste constamment mat, quelle que soit la position que l'on donne au thorax, on doit conclure que l'obstacle est de nature solide.

On a dit que dans la pleurésie le son était plus ou moins obscur; cela peut être vrai lorsqu'il se forme un épanchement, ou lorsque des couches albumineuses ont singulièrement épaissi les parois du thorax, ce qui est rare. Dans les autres cas, la pleurésie ne donne pas lieu au son mat de la poitrine. Ce son mat appartient surtout à la pneumonie.

Dans les premiers jours d'une pneumonie, lorsque l'air pénètre encore dans les cellules pulmonaires, le son n'est point encore mat; mais vers le second ou le troisième jour, le son commence à s'obscurcir. Vers le quatrième jour le son est *percussi femoris instar*. Ce phénomène se manifeste d'autant plus rapidement que la maladie marche avec plus de violence et d'intensité. Le son redevient clair à mesure que la résolution s'opère, c'est-à-dire à mesure que l'air recommence à pénétrer dans le poumon.

On a avancé qu'on obtenait les mêmes résultats de la percussion dans la cardite et dans la péricardite, mais ces prétentions ne sont pas fondées. Ce signe est fort incertain dans ces maladies.

On croit avoir observé que dans quelques phlegmasies aiguës de la peau le son était obscur avant la manifestation de l'éruption, mais à quoi raisonnablement attribuer ce phénomène? Le son redevient clair, dit-on, après que l'éruption a paru. Ce son mat aurait-il aussi lieu après la guérison plus ou moins rapide de quelques malades chroniques de la peau? Cela peut être, s'il est survenu quelque épanchement ou quelque maladie aiguë ou chronique du poumon.

Ainsi le son mat a lieu quelquefois dans la pleurésie, ordinairement dans la pneumonie, lorsqu'il existe dans le poumon une agglomération très-dense de tubercules, de granulations; un cancer de cet organe, une mélanose étendue, une tumeur accidentelle, des calculs, des kystes, un œdème; etc.; un épanchement séreux, sanguinolent, purulent: on l'observe dans les anévrysmes du cœur, dans l'hydrothorax.

Il est quelques circonstances où le son est plus clair que dans l'état naturel. Dans l'emphysème du poumon, dans le pneumo-thorax, et même dans quelques phthisies qui ont produit des excavations étendues du poumon, et qui ont déterminé une émaciation considérable; lorsque l'estomac et les intestins distendus par des gaz ont refoulé le diaphragme, on observe cette anomalie.

Lorsqu'on imprime une légère secousse à la poitrine d'un malade, on entend quelquefois une espèce de fluctuation, qui ressemble assez exactement au bruit que fait entendre une bouteille à demi remplie. Ce bruit indique l'existence d'un épanchement de liquide et d'air dans la cavité de la plèvre. Les deux fluides se partagent alors à peu près cette cavité. Lorsque l'un des deux prédomine beaucoup, ce son n'a pas lieu; à plus forte raison lorsqu'il existe seul. L'estomac à demi rempli de liquides et de gaz rend un bruit analogue, mais cependant facile à distinguer au moyen du cylindre, et surtout à l'aide des autres signes de la maladie.

Nous parlerons de la mensuration de la poitrine, en traitant de l'habitude extérieure du corps.

Quant aux signes fournis par la pression abdominale, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit en parlant de la manière d'examiner les malades.

Phénomènes accessoires de la respiration, considérés comme signes diagnostiques.

Dans les maladies le rire dépend fréquemment d'une lésion cérébrale, mais difficile à déterminer; elle est la même que celle qui produit le délire; puisque le rire, lorsqu'il n'est pas excité par une cause ordinaire, morale ou physique, est un signe de délire. Cette observation n'avait pas échappé à un homme bien remarquable; sourd-muet de naissance, et cependant doué d'une sagacité extraordinaire. On demanda à Massieu s'il avait des frères et des sœurs, il répondit qu'il en avait; et comme on s'informait de leur caractère: « Ma sœur, dit-il, rit sans motif; » ce qui est le type de l'idiotisme. Rien n'annonce, en effet, l'imbécillité d'une manière plus certaine que ce rire hébété perpétuel.

Les personnes qui se complaisent dans les détails exubérants ont distingué des rires d'un grand nombre d'espèces; le rire à voix basse ou ricanement, le rire bruyant ou sonore, le rire modéré, passager, fugace, persistant, entrecoupé, continu, redoublé, véhément, gai, joyeux, franc ou affecté, malin, moqueur, etc. Nous pensons que ces distinctions n'ont rien de bien utile pour l'art.

Le rire n'est presque jamais un signe d'une lésion des organes qui l'exécutent, mais presque toujours celui des organes qui le commandent.

On le remarque principalement dans les névroses; on sait que les femmes hystériques éprouvent des accès de rire involontaire, comme des accès de tristesse et de larmes: les hypocondriaques présentent aussi ce phénomène, ainsi que les maniaques.

Le bâillement est le signe précurseur de la plupart des maladies aiguës; il précède aussi presque toutes les névroses. Il annonce les attaques de goutte, d'hystérie, d'épilepsie, d'hypocondrie; on l'observe fréquemment dans les premiers mois de la grossesse. Il se montre assez souvent dans les maladies aiguës du cerveau et de ses dépendances, et dans les affections sympathiques de cet organe. On a pensé que le bâillement était sollicité par la difficulté de la circulation pulmonaire, qu'il faisait cesser au moins momentanément: quoi qu'il en soit, le bâillement n'est point donné comme un signe direct des maladies des organes respiratoires.

L'éternument se présente assez souvent dans l'inflammation de la pituitaire, dans l'imminence de l'apoplexie, dans la congestion cérébrale, dans la

période d'incubation de certaines éruptions aiguës, et principalement de la rougeole. Enfin tout ce qui détermine une irritation de la pituitaire peut occasionner l'éternument, et l'afflux du sang produit cet effet.

Comme la plupart des signes précédents, le hoquet est bien plutôt un phénomène cérébral qu'un symptôme d'une lésion de la respiration. Il est presque toujours sympathique. Les hystériques, les hypocondriaques y sont surtout exposés; il se montre dans l'aménorrhée; il caractérise quelquefois à lui seul des accès de fièvres intermittentes. Il est souvent produit par l'irritation de l'estomac, par des vers, par des substances dépravées, accumulées dans ce viscère; on l'observe dans la péritonite arrivée à une période fâcheuse, dans la hernie étranglée, enfin dans les inflammations violentes des organes digestifs. Il suit quelquefois la suppression d'un exutoire, d'un exanthème; les grandes opérations chirurgicales, les hémorrhagies abondantes peuvent être accompagnées de ce fâcheux symptôme.

La toux, avons-nous dit, a été distinguée en idiopathique et en sympathique. Si elle est quelquefois sympathique, elle est bien plus ordinairement idiopathique; je pense même qu'on a admis la toux sympathique avec beaucoup trop de légèreté. Malgré l'autorité de Dehaën et d'un grand nombre d'autres auteurs, j'oserai dire que, dans le phénomène, qui nous occupe, on a beaucoup trop perdu de vue les organes chargés de l'exécuter, pour aller chercher les altérations qu'on croyait le produire dans les organes très-éloignés, et qui n'ont aucun rapport avec ceux de la respiration. Enfin on a trop oublié ce premier principe de la médecine organique, c'est-à-dire que lorsqu'une fonction est lésée, c'est d'abord dans l'organe chargé de cette fonction qu'il faut chercher l'altération. Ainsi, lorsqu'on nous dit qu'une toux opiniâtre et rebelle à tous les remèdes n'a cessé que lorsqu'un corps oblong et calleux est sorti de la matrice d'une jeune fille, si le fait est vrai, on doit penser que ces deux phénomènes ont coïncidé; mais il faut se garder d'avoir la bonhomie de croire que l'un est l'effet de l'autre; une telle simplicité est bien peu philosophique.

C'est d'après le principe que nous venons d'émettre, que nous avons élevé des doutes sur la toux stomacale et la coqueluche. On lui donne le caractère d'être sèche, d'augmenter par l'ingestion des aliments, de diminuer par le vomissement, etc. Persuadé que bien qu'il existe des phénomènes évidemment sympathiques, ce n'est cependant pas ordinairement l'estomac qui fait tousser, j'ai été conduit à faire des recherches à ce sujet.

Chargé de soigner la santé de la population nombreuse du quartier Saint-Marcel, j'ai eu de fréquentes occasions d'observer des *coqueluches* chez les enfants de cette division. J'en ai envoyé un grand nombre à l'hôpital des enfants malades; leur maladie a été caractérisée de *coqueluche* par les médecins de cet établissement, sans doute très-habiles à reconnaître cette affection. Quelques-uns de ces enfants sont morts; je les ai fait ouvrir avec un grand soin, et j'ai constamment trouvé chez eux des altérations des organes respiratoires. La plus fréquente de ces altérations est la péripneumonie, tantôt simple, tantôt double; la pleurésie et le catarrhe.

La toux est sèche, parce que les enfants ne peuvent pas expectorer; elle augmente par l'ingestion des aliments, parce que la distension de l'estomac empêche la dilatation du diaphragme; si elle est soulagée par le vomissement, ce qui n'est pas démontré, ce ne peut être que momentanément et en favorisant l'expulsion des matières contenues dans le ventricule et dans les bronches, etc. J'ai fait part à M. Guersent de mes doutes sur l'existence de cette maladie, et j'ai vu avec satisfaction que ce médecin recommandable pensait aussi que les coqueluches étaient en général des phlegmasies thoraciques et surtout bronchiques.

La toux idiopathique peut être occasionnée par l'irritation du larynx et la trachée-artère; on l'a nommée toux gutturale. La toux proprement dite, la toux pectorale, accompagne toutes les maladies aiguës et chroniques des organes renfermés dans la poitrine. Dans l'état de santé, toutes les causes qui irritent les organes de la respiration peuvent déterminer la toux. La respiration d'un air froid, des gaz irritants, de l'air chargé de poussière, de fumée, etc., causent la toux.

Dans le commencement des inflammations de la membrane muqueuse qui tapisse les voies aériennes, et dans celle du poumon lui-même, la toux est sèche; elle présente surtout ce caractère dans la pleurésie, dans la péricardite, et dans l'hépatite, lorsque l'inflammation se propage par contiguité jusqu'à la plèvre. Dans les éruptions aiguës, la toux que l'on observe est en général sèche.

Dans la phthisie laryngée, la toux est petite et sèche. Une toux de même nature, mais opiniâtre, accompagne la phthisie pulmonaire. Il est rare qu'on ne l'observe pas dans cette maladie, où elle augmente en général d'une manière progressive jusqu'au terme fatal.

La toux est rauque dans l'angine de la trachée et dans le croup.

On a admis une toux nerveuse dans l'hystérie, l'hypocondrie, etc.; elle est alors sèche et férine. Nous pensons qu'on ne saurait être trop réservé sur l'admission de semblables toux; leur soulagement par les antispasmodiques n'est pas une raison suffisante pour les faire adopter; nous sommes trop peu sûrs de la manière dont agissent nos remèdes.

L'expectoration, l'expuition et le crachement sont plus ou moins difficiles, plus ou moins douloureux, dans la glossite, l'amygdalite, l'angine laryngée, pharyngée, dans le catarrhe, la pneumonie, la pleurésie, la phthisie, etc., enfin dans toutes les altérations aiguës ou chroniques des organes chargés d'exécuter ces fonctions.

Des matières chassées au dehors par les actes précédents.

Les matières expectorées, ordinairement formées dans le foyer même du mal, sont du plus grand secours dans le diagnostic des affections de la poitrine. C'est un de ces phénomènes positifs dont la nature est loin d'être prodigue, et sur lesquels nous devons fixer toute notre attention : non que ce signe seul suffise pour nous faire connaître d'une manière invariable et sûre l'état des organes respiratoires, non qu'il ne soit sujet à induire quelquefois en erreur, mais lorsqu'il est observé sévèrement, et accompagné de quelque autre signe, il nous donne sur les maladies qui nous occupent les plus vives lumières; il est même des crachats d'une telle nature, qu'ils suffisent souvent au médecin exercé pour porter un jugement infaillible.

La couleur des matières expectorées ne sert guère qu'à faire reconnaître leur nature. Des crachats blancs, opaques, sont ordinairement le signe de l'inflammation des bronches. Il existe dans les bronchites chroniques primitives, ou consécutives à des maladies du cœur, des crachats, d'un jaune très-

brillant, tantôt serin, tantôt semblable à une solution safranée, opaques, dont il est très-difficile de déterminer la nature. Nous avons à la Salpêtrière de fréquentes occasions d'observer des crachats de ce genre; il est indubitable qu'ils appartiennent à l'inflammation des bronches; mais quelle est la cause de cette singulière couleur? Nous l'ignorons. Dire que c'est une perversion d'exhalation, est-ce apprendre quelque chose? Nous présumons qu'il entre dans ces crachats une certaine quantité de sang altéré par le travail morbide. On a imprimé, dans un certain Mémoire, que des crachats jaunes, transparents, visqueux, accompagnés d'une douleur au côté droit, avec teinte jaune du pourtour des lèvres et des ailes du nez, étaient le signe infaillible des inflammations du foie. Cette erreur de diagnostic est impardonnable; ces crachats sont, pour ainsi dire, un signe pathognomonique de la pneumonie au premier degré, et nullement celui d'une hépatite. Dans cette dernière affection, les crachats ne prennent cette couleur que lorsque la maladie est fort avancée, qu'il existe un ictère très-prononcé, que la bile a pénétré tous les tissus et tous les fluides de l'économie.

Des crachats jaunes, quoi qu'en ait dit Stoll, ne me paraissent nullement propres à caractériser une prétendue diathèse bilieuse; il faut être extrêmement réservé sur de semblables diagnostics, et principalement se garder d'en tirer des indications thérapeutiques qui pourraient devenir funestes aux malades.

Dans la pneumonie, les crachats peuvent être verdâtres, porracés, érugineux, soit dans le principe, soit vers le déclin de la maladie; cette couleur atteste la présence d'une certaine quantité de sang altéré, mêlé aux matières muqueuses.

La crachats rouillés et rouges sont des crachats sanglants, dont nous allons parler tout à l'heure.

La couleur d'un gris cendré se montre dans la phthisie ulcéreuse, et même dans la fonte d'un tubercule. Les crachats sont quelquefois noirs dans la phthisie mélanée; on a prétendu qu'ils offraient cette couleur dans la gangrène du poumon; mais cette maladie est infiniment rare, et beaucoup plus qu'on ne le croyait autrefois. Il ne faut pas oublier que, dans l'état de santé, quelques personnes expectoreront des matières noires. Cette couleur est due aux matières répandues dans l'atmosphère qu'elles respirent: des molécules qui se dégagent de certains corps, de la poussière, la fumée de corps gras en ignition, peuvent produire ce résultat.

La saveur des crachats ne donne que très-peu de signes; ils sont âcres dans le catarrhe, ce qui n'a pas toujours lieu; ils acquièrent une saveur douceâtre dans la phthisie et l'hémoptysie. Lorsqu'ils sont âcres, l'irritation est violente.

Des crachats très-chauds annoncent la même chose, mais peu de signes décèlent l'accablement, la prostration des forces d'une manière plus incontestable que des crachats froids.

Dans quelques catarrhes, les ehrachats contractent une odeur forte et repoussante; mais dans aucune maladie les crachats ne présentent une odeur plus fétide que dans la phthisie ulcéreuse et dans la gangrène du poumon et de la plèvre. Dans le scorbut, les crachats deviennent fétides en se mêlant à la salive.

Leur forme a attiré l'attention de quelques médecins; mais leurs observations minutieuses, et pour ainsi dire puériles méritent à peine d'être rapportées. Cette forme dépend et de la manière dont ils sont détachés et rejetés au-dehors, et de la matière qui les compose. Les crachats écumeux indiquent qu'il a fallu plusieurs secousses de toux pour les chasser au dehors; l'air s'est incorporé avec les matières muqueuses; s'ils sont filants et visqueux, ils sont aussi expectorés péniblement; enfin s'ils sont ronds, bien isolés, ils ont été excrétés facilement, etc.

Leur consistance est plus importante à considérer. Pour quelques médecins, elle suffit pour caractériser la maladie. Séreux, ils sont en général le signe d'une simple augmentation d'exhalation des bronches sans inflammation préalable. Ces crachats sont, chez les vieillards, consécutifs à une affection organique du cœur. Ils peuvent présenter cet aspect dans la phthisie pulmonaire, dans la pleurésie chronique, enfin dans la plupart des maladies thoraciques qui n'ont pas leur siége dans les bronches. Muqueux, transparents, ils peuvent exister dans la première et dernière période du catarrhe; dans quelques angines, ils indiquent une très-faible irritation, et bien souvent existent sans elle comme les précédents, et sont aussi, comme eux, consécutifs aux mêmes maladies. On a dit avec raison que des crachats visqueux, gluants, adhérents aux parois du vase qui les reçoit, pouvaient faire fortement présumer l'existence d'une péripneumonie.

La quantité des matières expectorées ne peut donner que peu de signes diagnostiques: on peut dire cependant que leur quantité est fort peu abondante dans le commencement des inflammations, où cette exhalation subit le sort de toutes les autres; qu'elle augmente vers le milieu des maladies thoraciques, et finit par diminuer peu à peu et cesser complètement. Lorsque la suppression des crachats est subite dans les maladies, il faut conclure que la concentration ou la prostration des forces est portée à un très-haut degré.

Les crachats sanglants ou sanguinolents réclament toute notre attention. Il est en effet de la plus haute importance de déterminer leur origine, de la nature de la maladie qui les produit. Il est loin d'être indifférent, pour le traitement et pour le pronostic, que le sang expectoré ait telle ou telle orgine.

Les crachats sanglants peuvent provenir des fosses nasales, de l'arrière bouche, des gencives, des bronches, du poumon. Le sang qui vient du nez se reconnait à la préexistence d'une épistaxis; le sang tombe goutte à goutte par l'orifice antérieur des narines; il est pur, non écumeux; il est rejeté sans toux, il n'existe aucun signe d'affection thoracique; il n'y a aucun phénomène de réaction, ou fort peu.

Il est rare que le sang vienne seulement de l'arrière-bouche; cependant il est des personnes dont ces parties, et principalement le voile du palais et la luette, son habituellement le siége d'une exhalation sanglante. Alors elles sont légèrement rouges, tuméfiées, douloureuses; le sang est expulsé en petite quantité, sans toux préalable, sans phénomènes thoraciques, locaux ou généraux.

S'il procède des gencives, les crachats ressemblent à une solution d'eau de gomme dans laquelle on aurait agité et dissous une légère quantité de sang. Quelquefois les gencives sont boursoufflées; d'autres fois c'est par la succion, et même par des piqûres, que les malades sollicitent l'issue de ce sang, afin de tromper le médecin. Il faut être très-attentif pour ne pas tomber dans le piége.

Le sang peut provenir des bronches; alors il est souvent mêlé à des matières muqueuses épaisses, puriformes; il indique un catarrhe intense, primitif ou consécutif. Bien entendu qu'il est nécessaire,

pour confirmer ce diagnostic, qu'il y ait absence de péripneumonie et signes de bronchite.

Il peut être pur, et plus ou moins abondant; alors il constitue une espèce d'hémoptysie, qui peut être *idiopathique*, c'est-à-dire le résultat d'une simple exhalation bronchique. On la reconnaît à l'absence de toute affection primitive ou consécutive du cœur ou du poumon, et aux signes qui lui sont propres. Elle peut être symptomatique, consécutive c'est-à-dire arriver chez un sujet affecté d'anévrysme du cœur ou de l'aorte; elle est facile à reconnaître aux caractères qui établissent l'existence de ces maladies. Elle peut être supplémentaire d'une autre hémorrhagie, ce qu'il est facile de constater par la disparition de cette autre hémorrhagie. Ce sang est ordinairement vermeil, écumeux.

Le sang venant des bronches peut être mêlé en stries avec des matières muqueuses, claires et filantes : alors ce sont des efforts de toux qui ont déterminé la déchirure de quelque petit vaisseau. Ces crachats, qu'on remarque dans les catarrhes opiniâtres, s'observent aussi dans les affections du cœur et des gros vaisseaux, chez les prétendus asthmatiques.

Il peut encore être disposé en taches sur des crachats opaques, ce qui indique un inflammation assez profonde des bronches.

Enfin le sang peut venir du poumon; mais il peut être le signe de plusieurs maladies différentes. Il peut aussi être idiopathique, c'est-à-dire le résultat d'une simple exhalation de la membrane qui tapisse les cellules pulmonaires; il est alors vermeil, écumeux, plus ou moins abondant, et se montre chez des sujets pléthoriques, exempts de toute affection aiguë ou chronique. Cette exhalation peut être le signe d'une inflammation du tissu pulmonaire; alors les crachats sont seulement teints de sang, rouillés, légèrement écumeux, tenaces, visqueux, et se manifestent avec les autres signes de la pneumonie. Ils peuvent devenir plus ou moins vermeils, quelquefois bruns, livides, lie de vin, etc., ce qui indique ordinairement une altération profonde du poumon. Le sang est aussi le signe de l'apoplexie pulmonaire, dont nous avons parlé. Enfin, il accompagne fréquemment la phthisie pulmonaire, ce qu'on reconnaît aux symptômes de cette affection.

L'hémorrhagie du poumon peut encore être produite par des causes plus éloignées. Elle est souvent consécutive d'une maladie du cœur, ce que l'on voit fréquemment chez les vieillards; ou bien elle est supplémentaire d'une autre hémorrhagie, par exemple des menstrues, ce que l'on observe chez les jeunes filles.

Dans quelques maladies, les crachats sont purulents. On attachait naguère encore une très-grande importance à la nature purulente des crachats. Les médecins pensaient que la présence du pus dans les matières expectorées était le signe pathognomonique de l'ulcère du poumon, de la phthisie. Des observations récentes ont prouvé que c'était une erreur, et par conséquent que tous les efforts tentés par nos prédécesseurs pour éclaircir ce point devaient être regardés comme non avenus. Darwin, Grasmeyer, Schwilgué, Baumes, et autres, ont entrepris des travaux plus ou moins considérables pour différencier les crachats purulents d'avec les crachats puriformes; et, chose digne de remarque, leurs recherches n'ont abouti à les faire considérer que comme offrant la plus parfaite ressemblance! Et pourquoi en aurait-il été différemment, puisque en effet les crachats qu'on regardait comme véritablement purulents viennent aussi des bronches? L'expérience prouve que la phthisie pulmonaire peut exister long-temps sans donner naissance aux crachats purulents; que même des phthisiques peuvent succomber sans en avoir jamais rendu, ce qui arrive assez souvent; que lorsqu'ils en rendent, ces crachats peuvent provenir d'un catarrhe qui complique la phthisie, et dès lors ils ne sont que le signe du catarrhe, ou d'une excavation tuberculeuse communiquant avec les bronches, ce qui n'arrive que dans une période très-avancée de la maladie, et ce qui est loin d'être constant.

D'autres fois enfin, et plus souvent, la même expérience démontre que les mêmes crachats purulents surviennent dans beaucoup de bronchites.

Le pus peut exister dans les crachats, lorsqu'un abcès des parties voisines s'ouvre dans les voies aériennes; alors il est rejeté en quantité plus ou moins abondante.

Les crachats contiennent des calculs dans la phthisie calculeuse; on dit avoir observé des hydatides dans les matières expectorées. S'il en est ainsi, il faut présumer que ces hydatides sont parvenues dans le poumon par une communication qui s'est établie entre le foie et lui, par la perforation du diaphragme : et l'on sait qu'il existe des faits de cette nature; ou bien que ces productions se sont formées dans le poumon; en doit en dire autant des vers, etc. Quant aux membranes tubulées qu'on y rencontre dans le croup, elles sont formées dans la trachée-artère et dans les bronches. Les kystes peuvent être produits dans le poumon lui-même.

§ IV. *Des phénomènes morbides fournis par la chaleur animale, considérés comme signes diagnostiques.*

La chaleur animale nous fournira peu de signes locaux. Malgré les recherches des physiologistes modernes, on ne sait encore d'une manière bien précise quel est l'organe ou l'appareil d'organes chargé de produire la chaleur. Un grand nombre croient aujourd'hui que cette production est encore un acte du système nerveux. Dans l'origine et la ferveur de la chimie moderne, on pensait que la fixation de l'oxygène par la respiration était la cause de la chaleur; on y joignait la nutrition : qui, en solidifiant les matières alimentaires fluides, donnait le même résultat. Enfin la contraction musculaire a été considérée comme pouvant déterminer un dégagement considérable de chaleur. Un professeur célèbre l'a regardée comme une propriété vitale, reçue avec la naissance. M. Adelon adopte l'opinion que le calorique est dégagé dans les parenchymes, par le sang artériel. De ces hypothèses, qui toutes peuvent être plus ou moins vraies, et de quelques autres qu'il est inutile de rapporter, il résulte que nous ne connaissons pas les organes générateurs de la chaleur animale : car dire qu'elle résulte de l'ensemble des fonctions, c'est apprendre peu de chose.

Cette connaissance serait cependant d'autant plus précieuse pour nous, que sans elle il nous est impossible de déterminer quels sont les changements organiques qu'indiquent la plupart des signes fournis par la chaleur animale. Aussi cette exploration ne nous donnera-t-elle, pour ainsi dire, que des signes généraux et sympathiques.

La chaleur augmente dans les maladies inflammatoires; l'augmentation de la chaleur, lorsqu'elle ne peut pas être attribuée à une cause physiologique, est donc en général un signe d'irritation. Je ne sais jusqu'à quel point est utile la distinction qu'on a établie entre les divers degrés de chaleur, mais je

pense qu'on doit regarder en général son intensité comme en rapport avec l'intensité de l'irritation. Je crois aussi que cette intensité peut recevoir quelques modifications de l'organe malade. Ainsi les inflammations du poumon, du cerveau et de ses enveloppes, celles de la peau, me paraissent occasionner un développement plus grand de chaleur que les autres phlegmasies.

On peut dire en même temps que là où le pouls est fort et fréquent, la chaleur est aussi plus développée. J'ai souvent entendu dire à M. le professeur Pinel que ce moyen était moins infidèle, bien plus sûr pour caractériser l'état fébrile, que les signes donnés par le pouls. Nous avons vu en effet que ceux-ci pouvaient varier par une multitude de circonstances, lesquelles n'ont aucune influence sur la chaleur animale. Ce sera aussi un bon moyen de discerner les maladies feintes et dissimulées. Ainsi l'on ne saurait trop fixer son attention sur la chaleur de la peau, comme moyen général de diagnostic; c'est un des plus précieux que nous possédions.

L'augmentation de la chaleur est très-sensible dans les paroxysmes des maladies aiguës, dans les hémorrhagies avec surexcitation; on la remarque aussi dans beaucoup de maladies nerveuses, mais principalement dans l'hystérie, où les malades éprouvent une chaleur intolérable.

Généralement après les frissons qui signalent, ainsi que nous allons le voir, l'invasion des maladies aiguës, et aussi après celui des fièvres intermittentes, la chaleur éprouve une augmentation générale très-manifeste; dans tous ces cas, il est très-important de remarquer son intensité.

Jusqu'ici, nous n'avons parlé que de l'augmentation générale de la chaleur. Son augmentation peut être partielle, n'occuper que certaines parties du corps, ordinairement correspondantes aux organes enflammés. L'épigastre devient le siége d'une chaleur brûlante dans les gastrites violentes; l'abdomen en général présente ce phénomène dans les entérites et les péritonites. On a observé la même chose sur la poitrine dans la pleurésie, la pneumonie, et même la phthisie avec tendance à la fièvre hectique. La tête, le front principalement, paraissent en feu aux malades atteints de phlegmasies des méninges. Nul doute que la chaleur ne soit plus ou moins augmentée dans tous les organes malades, cette exaltation de chaleur est sensible dans les phlegmasies extérieures, dans l'erysipèle, etc.

On a dit que la chaleur qui se manifestait à l'extérieur, aux points correspondants aux organes enflammés, était le résultat de la sympathie qui existait entre ces parties et ces organes, et cela dans le but de justifier l'application des sangsues sur la partie de la peau la plus voisine du siége du mal. Je pense que cette opinion est une erreur. La chaleur, dans ce cas, me paraît transmise de proche en proche, comme elle se propage à travers les corps plus ou moins conducteurs, et nullement en vertu d'une sympathie. Nous ne croyons pas inutile d'insister sur cette idée, parce qu'elle nous servira plus tard à tirer une indication thérapeutiques.

Dans les maladies cérébrales aiguës, et dans quelques névroses, il se déclare quelquefois des chaleurs partielles, qui occupent tantôt un point, tantôt un autre; c'est un véritable signe *ataxique*.

Dans les phlegmasies, l'augmentation de la chaleur est en général continue, seulement elle augmente dans les paroxysmes; dans les fièvres rémittentes et intermittentes, la chaleur présente ce type, puisque ordinairement elle succède au froid.

Dans les maladies la chaleur est souvent au-dessous du type physiologique,

La plupart des maladies aiguës, telles que les phlegmasies, les hémorrhagies, commencent par une diminution plus ou moins prononcée de température, et même par un véritable frisson. C'est un phénomène très-important à observer, d'abord parce qu'il sert à fixer d'une manière précise l'invasion des maladies, souvent fort difficile à déterminer à cause des prodrômes qui se confondent avec elles; en second lieu, parce qu'il annonce presque toujours une maladie aiguë et surtout une irritation. Dans ce cas comme dans les suivants il faut avoir égard à la durée, à l'intensité et au caractère du froid ou du frisson : plus le froid est violent et prolongé, plus on doit redouter une maladie violente. Il faut aussi avoir égard à la partie d'où il semble naître.

Le froid ou frisson est un des principaux caractères des fièvres intermittentes. Il peut se manifester tous les jours, tous les deux jours, ne revenir que le troisième ou le quatrième; on cite même des exemples où le retour périodique du froid avait lieu à des intervalles plus éloignés. Il prend aussi le type rémittent; enfin, il peut être continu.

Le froid continu, dans les phlegmasies, les hémorrhagies ou les maladies chroniques, annonce ordinairement la chute complète des forces.

La diminution de chaleur ainsi que son augmentation est générale ou locale. Dans ce dernier cas, s'il survient une horripilation dans un lieu correspondant à un organe enflammé, on doit craindre que cette inflammation ne se termine par la suppuration.

Le froid continu et glacial des extrémités survenant dans quelque phlegmasie que ce soit, annonce la concentration des forces ou une grande prostration.

Lorsqu'il survient des frissons dans le cours des maladies aiguës, leur marche naturelle est intervertie.

Les convulsions, les spasmes, les accès d'hystérie, s'annoncent souvent par un frisson qui a son siége sur le trajet de la moelle épinière. Ce phénomène se conçoit facilement.

La diminution de la chaleur, ainsi que son augmentation, peut être réelle ou illusoire; dans ce dernier cas, il existe presque toujours un vice de perception, une espèce de délire ou une aberration dans la calorification. On doit ranger parmi les anomalies de la chaleur ces cas où les malades accusent une douleur brûlante, tandis que leur peau est à la température naturelle ou même au-dessous, et ceux où ils se plaignent du froid insupportable, tandis que leur peau est rouge, colorée et chaude au toucher. M. Chomel rapporte un cas de cette nature, et j'ai eu aussi l'occasion d'en observer un pareil. La malade avait un frisson violent avec claquement des dents, tandis que sa figure était rouge et animée, sa peau chaude, son pouls développé.

Dans une multitude de cas, le froid et le chaud se succèdent avec rapidité d'un moment à l'autre; dans les phlegmasies, la suppuration est alors imminente, mais dans bien des circonstances ce n'est qu'un phénomène nerveux. Des alternatives analogues de chaleur et de froid se rencontrent chez les femmes parvenues à leur âge climatérique et chez les jeunes filles qui deviennent nubiles.

Dans les maladies chroniques, la température s'éloigne peu de l'état ordinaire, soit en plus, soit en moins; elle ne s'élève sensiblement que lorsqu'il s'établit un travail inflammatoire.

§ V. *Des phénomènes morbides des appareils exhalants, considérés comme signes diagnostiques.*

Le diagnostic local s'éclaire peu des signes fournis par l'exhalation cutanée; cette fonction ne donne guère plus de lumières pour le diagnostic général; mais elle est une source féconde en signes pronostiques, et la doctrine des crises surtout est riche de ses données.

Quoi qu'il en soit, on peut faire observer que la diminution de l'exhalation cutanée, qui produit la sécheresse de la peau, survient dans la première période de la plupart des maladies aiguës. Cette coïncidence de la sécheresse de la peau avec cette période des maladies aiguës doit faire regarder ce phénomène comme un signe d'irritation. A cette époque cette diminution d'exhalation est commune avec celle de toutes les autres membranes, et même avec la diminution des sécrétions. Elle n'est remplacée par aucune autre évacuation supplémentaire, ce qu'il est très-difficile d'expliquer. Dans une autre époque des maladies, on observe souvent que la diminution de l'exhalation de la peau coïncide avec l'augmentation d'une autre sécrétion : ainsi lorsqu'il existe un dévoiement abondant ou des urines très-copieuses, la peau est en même temps sèche, et réciproquement; c'est-à-dire que la diaphorèse est active lorsque les exhalations ou les sécrétions intérieures sont dans le repos. On peut dire d'une manière générale que ces fonctions sont succédanées les unes des autres, ce qui cependant n'est pas toujours rigoureux, comme on vient de le voir dans le cas dont nous parlons.

Cette sécheresse de la peau est quelquefois plus prononcée dans certains points que dans d'autres, ce qui pourrait faire soupçonner que les organes sous-jacents sont dans un état de vive irritation, comme on l'observe pour les téguments de l'abdomen dans les entérites et les péritonites très-intenses.

L'inverse a bien plus fréquemment lieu. La peau est en effet bien souvent humectée d'une sueur abondante dans les régions qui correspondent à des organes profondément malades. Les téguments du thorax sont souvent couverts de sueur dans la phthisie pulmonaire. On voit quelquefois des sueurs partielles lorsque les phlegmasies intérieures se terminent par suppuration.

Lorsque la sueur est générale, elle peut être critique ou symptomatique; la première, qui se présente d'ailleurs avec certains caractères propres, est toujours accompagnée de l'amélioration de l'état du malade, et quelquefois de sa guérison; la seconde n'apporte aucun soulagement et même aucun changement dans cet état; bien plus, c'est que les accidents semblent s'aggraver après cette évacuation.

Une sueur très-abondante, continue, poisseuse, fétide, accompagnée du dépérissement du malade, est un signe presque certain de l'existence de quelque phlegmasie chronique parvenue à sa dernière période; cette sueur a reçu le nom de *colliquative*. Elle a été donnée comme un signe caractéristique de la suppuration du poumon, et l'on doit avouer qu'on l'observe fréquemment dans le troisième degré de la phthisie pulmonaire.

Des sueurs générales, abondantes, sont presque toujours le signe d'un affaiblissement profond.

La température de la sueur mérite l'attention du médecin; personne n'ignore qu'une sueur froide annonce une grande faiblesse, et la terminaison fâcheuse des maladies.

L'odeur de la perspiration cutanée varie dans les maladies; mais ce serait bien vainement qu'on prétendrait fonder un diagnostic précis sur l'odeur fade, douceâtre, aigre, acide, ou fétide de la sueur; ces phénomènes vagues ne doivent pas être négligés lorsqu'ils se présentent, mais ne sauraient être considérés comme des signes certains de vers intestinaux, de scrofules, d'aliénation mentale, d'ataxie, d'adynamie, etc. On doit en dire autant des odeurs communiquées à l'excrétion dont nous parlons par la suppression d'une autre sécrétion, ce qui est au moins douteux.

La consistance de la matière perspirée ne donne guère que des signes pronostiques. Nous pensons qu'une sueur visqueuse ne survient guère que lorsque les forces sont réellement abattues.

Il n'en est pas tout à fait de même de la couleur des sueurs. Dans l'ictère, elles teignent le linge en jaune et en vert. On a quelquefois observé des sueurs rouges, sanglantes. Cette espèce d'hémorrhagie cutanée est ordinairement supplémentaire.

Une particularité bien digne de remarque, c'est que l'analyse chimique a souvent démontré dans la sueur la présence d'acides et même d'alcalis qu'elle ne contient pas dans l'état de santé, tels que l'acide phosphorique, l'ammoniaque, etc. Ce phénomène est une nouvelle preuve à ajouter à celles qui nous ont servi à établir que nos fluides étaient susceptibles d'altérations. On ne sait encore à quelles maladies on peut attribuer cette singulière formation de principes nouveaux; mais il est incontestable que le savant Berthollet les a reconnus.

—Les modifications éprouvées par l'exhalation muqueuse sont de la plus grande valeur pour caractériser les maladies locales des organes chargés de cette fonction. Nous avons déjà parlé des deux plus importantes exhalations muqueuses de l'économie animale, en traitant des matières expectorées et des fèces. Il nous reste peu de choses à ajouter sur le mucus nasal, sur celui de la vessie, de la matrice et du vagin, etc.; dans tous ces organes la matière exhalée, ou pour mieux dire sécrétée par les glandes mucipares, diminue d'abondance dans la première période des phlegmasies qui les attaquent, et même en général dans toutes les maladies aiguës; elle augmente dans la deuxième, et alors le mucus peut devenir plus ou moins opaque, blanc, jaune, verdâtre, rouge, etc.; ensuite il diminue de consistance et d'opacité, et finit par reprendre tous ses caractères physiologiques, tant par rapport à sa couleur, à sa consistance, qu'à sa quantité, etc. Dans les maladies contagieuses, le mucus paraît être le véhicule du principe infectant; il est difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître, *à priori*, ces qualités dans le mucus.

Dans les phlegmasies chroniques des membranes muqueuses, les matières exhalées sont généralement plus abondantes et plus opaques que dans l'état sain.

Cette augmentation de l'exhalation muqueuse peut être aussi le signe d'une affection profonde des organes qui l'opèrent, ou d'organes voisins; le cancer de l'utérus, celui de la vessie, etc., produisent un écoulement de mucus épais, fétide, par les parties génitales, etc.

— Les signes diagnostiques fournis par l'exhalation séreuses sont très-obscurs. L'expérience basée sur de nombreuses ouvertures de corps nous a prouvé que, comme toutes les exhalations, celle des membranes séreuses était supprimée dans la première période de leur inflammation; mais cette diminution ne peut être jugée dans le vivant. Cette

suppression de l'exhalation séreuse nous avait fait avancer, il y a plusieurs années, que le signe connu sous le nom d'égophonie, donné comme propre à faire reconnaître une certaine quantité de sérosité épanchée dans la cavité pleurale, dans les premiers jours d'une pleurésie, ne pouvait être exact; l'expérience a depuis confirmé notre manière de voir.

L'augmentation de sérosité dans les cavités qui la contiennent, constitue un genre entier d'affection connu sous le nom d'*hydropisies*. Ces hydropisies sont, selon nous, bien plus souvent symptomatiques, c'est-à-dire le phénomène d'une altération plus ou moins profonde d'un organe, qu'idiopathiques, essentielles, c'est-à-dire le résultat de l'augmentation de l'exhalation, ou celui de la diminution de l'absorption. Chez les vieillards du moins nous trouvons les hydropisies presque constamment consécutives d'affections organiques. Les maladies du cœur les occasionnent le plus souvent; après elles, les maladies du foie, de l'estomac, et des autres viscères; les inflammations chroniques des membranes séreuses les déterminent quelquefois; quant aux cas d'hydropisies où l'on ne trouve aucune altération, ils sont extrêmement rares. Cette exhalation consécutive annonce ordinairement que la maladie est arrivée à sa dernière période.

Comme signe diagnostique, nous ajoutons très-peu d'importance à la quantité plus ou moins grande de sérosité que nous trouvons, soit dans le tissu cellulaire, soit dans les cavités séreuses; ce phénomène ne nous paraît, la plupart du temps, qu'un accessoire insignifiant; la maladie qui le produit mérite seule toute l'attention. Nous pensons que les auteurs, en s'occupant avec le plus grand soin de la quantité de sérosité exhalée dans ces maladies, ont porté leur intérêt sur un phénomène qui en était peu digne.

Cependant lorsque la sérosité est assez abondante elle gêne les fonctions des organes, et peut avancer le terme fatal; mais c'est en général une pauvre médecine, que celle que l'on fait d'après les indications que cette exhalation fournit: il est malheureusement des cas où l'on ne peut en faire d'autre.

La collection de sérosité dans le tissu cellulaire constitue l'œdème, la leucophlegmatie, l'anasarque qu'on reconnait aisément.

Dans le thorax, elle produit l'hydrothorax, dont nous donnerons les signes ailleurs; dans le péricarde, l'hydropéricarde, maladie obscure; dans le péritoine, l'ascite, que nous apprendrons à distinguer de l'hydropisie enkystée, par le moyen d'un signe nouveau, etc.

La sérosité varie non-seulement par sa quantité, mais aussi par d'autres qualités physiques; sa couleur peut être à peine citrine, rouge, noirâtre; elle est le plus souvent diaphane; mais dans quelques inflammations elle est trouble, opaque, floconneuse, blanchâtre; elle peut même contenir de fausses membranes, etc.; sa consistance est par conséquent variable.

L'exhalation synoviale offre quelques modifications qui ne sont pas de notre ressort; nous pouvons en dire autant des exhalations des humeurs de l'œil, et de celles de l'oreille interne, jusqu'à présent fort peu observées.

— Nous avons peu de choses à dire ici sur les exhalations sanglantes; ce n'est pas qu'elles ne soient en effet presque toujours un signe d'une altération locale, et que, comme telles, elles ne réclament fortement notre attention; mais on en a fait une classe entière de maladies, dont nous devons nous occuper en traitant du diagnostic spécial; de plus, elles sont souvent des phénomènes critiques, et celles-ci doivent être placées parmi les signes pronostiques: il nous reste donc à les considérer dans ce moment comme le signe d'une lésion d'organes; et sous ce rapport, ainsi que sous celui de leur origine, nous nous en sommes occupé déjà en parlant de l'hémoptysie, de l'hématémèse, etc.

On distingue qu'une hémorrhagie est symptomatique, lorsqu'elle survient dans l'accroissement, dans l'état ou même dans le déclin d'une maladie, sans produire de soulagement; lorsqu'elle se répète souvent, qu'elle est trop ou trop peu abondante, qu'elle est précédée, accompagnée et suivie de signes d'un mauvais caractère.

Des phénomènes opposés ont lieu pour les hémorrhagies critiques. Parmi les hémorrhagies dites symptomatiques, nous pensons que celles qui méritent véritablement ce nom appartiennent à des lésions plus ou moins profondes de tissus, et non à une simple exhalation sanglante; ainsi l'inflammation violente et profonde de certains organes donne lieu à la présence du sang dans les matières excrétées; dans le catarrhe intense, il existe souvent crachement de sang; ce phénomène se montre dans la pneumonie; il y a vomissement sanglant dans quelques gastrites très-fortes, et des selles sanguinolentes dans les entérites très-vives, etc. Lorsqu'il existe des ulcérations dans quelques organes, il se manifeste fréquemment des hémorrhagies. Cet accident survient quelquefois par la rupture d'une artère ou d'une veine dans l'organe même qui est le siége de l'hémorrhagie, ou dans un organe qui communique avec ce dernier; c'est ce que l'on observe dans l'ouverture d'une poche anévrysmale adhérente aux poumons, aux bronches, à l'œsophage, ou au conduit intestinal. Dans les maladies du cœur on observe des hémorrhagies consécutives, soit du poumon, soit des intestins, soit autres. Toutes ces hémorrhagies méritent véritablement le nom de symptomatiques; elles ne sont en effet qu'un phénomène des maladies que nous venons de citer. On distingue ces hémorrhagies des autres, par les signes qui caractérisent les affections dont elles dépendent, et que nous donnerons ailleurs.

Quant aux hémorrhagies qui sont l'effet d'une exhalation véritable, indépendante des altérations d'organes dont nous venons de parler, nous pensons que le nom de symptomatiques ne leur convient pas aussi rigoureusement, les épithètes d'*idiopathiques*, de *spontanées*, de *primitives*, leur conviendraient mieux peut-être; c'est ainsi que l'on désigne les hémorrhagies qui ne sont ni symptomatiques, ni critiques, c'est-à-dire celles dont on a voulu faire une classe à part.

Les hémorrhagies sont souvent supplémentaires d'une évacuation sanglante habituelle. C'est ce qu'il n'est pas difficile de reconnaître, ainsi que nous l'avons dit déjà.

Les exhalations de sang ont bien généralement lieu sur les surfaces muqueuses; mais elles peuvent survenir à la peau, aux membranes séreuses, dans le tissu cellulaire, dans les tissus parenchymateux; dans la plupart de ces cas, elles ont des signes particuliers, mais elles ne font pas irruption au dehors.

Nous aurons occasion de parler plus tard de la distinction des hémorrhagies en actives et en passives.

Les exhalations sanglantes s'annoncent ordinairement par le prurit, la chaleur, pesanteur, et souvent même la rougeur de la partie qui doit en être

le siége, ou des parties voisines. Nous croyons peu que le pouls puisse annoncer une hémorrhagie par des caractères particuliers.

On doit surtout tenir compte du siége de l'hémorrhagie accidentelle, de la quantité, de la qualité du sang exhalé, et aussi des effets produits par cette exhalation.

Ces effets peuvent être favorables, nuisibles ou indifférents. Quant au siége, il peut être dans les fosses nasales, dans le grand angle des yeux, dans les oreilles, dans les gencives, la membrane buccale, le larynx, la trachée-artère, les bronches, le poumon, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, les intestins grêles, les gros intestins, le rectum, les reins, la vessie, la matrice, le vagin. Toutes ces hémorrhagies peuvent être idiopathiques, spontanées, accidentelles, critiques, symptomatiques, primitives, consécutives, supplémentaires, actives et passives.

L'un des points les plus intéressants pour le diagnostic consiste à déterminer si l'hémorrhagie est le résultat d'une simple exhalation morbide, ou si elle est le symptôme d'une affection organique profonde. Les circonstances commémoratives sont d'un grand secours dans ces cas difficiles ; en effet, si l'on apprend que le malade souffre depuis longtemps de l'organe qui est le siége de l'hémorrhagie, on aura les plus grandes probabilités pour l'existence d'une maladie organique. Si l'état de la santé était au contraire satisfaisant, on présumera qu'il n'existe qu'une simple exhalation morbide.

Chacune des hémorrhagies dont nous venons de parler ayant d'ailleurs des signes propres que nous ferons connaître, le diagnostic pourra être établi avec certitude.

Les changements éprouvés dans les maladies, par les hémorrhagies habituelles, fournissent plus de signes thérapeutiques que de signes diagnostiques ou pronostiques.

Les signes fournis par l'exhalation purulente et par le pus ont surtout de l'importance pour la chirurgie. En effet, que le pus soit exhalé à la surface de la peau, qu'il soit formé dans le tissu cellulaire, où il se rassemble en foyer ; qu'il soit produit par une plaie, par un ulcère, etc. ; dans tous ces cas les signes qu'il fournit appartiennent à la pathologie externe. Il n'y a guère que les cas où le pus est produit dans le tissu parenchymateux d'un organe qu'il peut être du ressort du médecin ; mais alors, renfermé dans ces parenchymes, ne tombant nullement sous les sens, il ne peut être d'un grand secours pour éclairer sur l'état des organes.

Cependant il peut arriver que, même dans ces circonstances, le pus se fasse jour au dehors, soit en cheminant à travers le tissu cellulaire vers l'extérieur, soit en sortant par une voie naturelle, par exemple, par les bronches, l'œsophage, le rectum. Alors il peut être important d'examiner les qualités physiques du pus. On doit tenir compte de sa quantité plus ou moins considérable, de sa couleur très-variable, de sa consistance et de son odeur, qualités qui font varier le diagnostic, qui font reconnaître à quel organe appartient cette matière, et dans quel état se trouve cet organe. C'est ainsi qu'un pus clair et floconneux décèle ordinairement une altération chronique et profonde, une disposition scrofuleuse ; que son extrême fétidité accompagne la carie des vertèbres, etc. ; que lorsqu'il présente les caractères d'un pus louable, il est ordinairement le résultat d'une inflammation aiguë, récente, du tissu cellulaire. Enfin, comme le mucus, le pus devient contagieux dans quelques maladies, dans la petite-vérole, dans la syphilis et dans la peste, il revêt la funeste propriété de transmettre ces maladies.

On pourrait encore ranger au nombre des exhalations morbides celles qui ont lieu dans la plupart des exanthêmes cutanés.

Le médecin ne doit pas négliger de s'informer de la qualité et de la quantité de pus fourni par les divers exutoires que portent les malades ; l'apparence des plaies qui le fournissent réclame aussi son attention. Lorsque les maladies marchent d'une manière régulière, que l'irritation n'est pas trop violente, le pus est louable, c'est-à-dire médiocrement abondant, d'un blanc jaunâtre, d'une odeur fade, non repoussante, d'une consistance assez prononcée, et la plaie qui le fournit est légèrement rosée.

Lorsque l'irritation est très-vive, la suppuration se tarit, la surface de la plaie est d'un rouge vif, sèche, et quelquefois saignante.

Dans les maladies d'un mauvais caractère, le pus est d'une consistance variable, plus ou moins séreux, fétide ; la plaie des exutoires est pâle, blafarde, souvent recouverte d'une espèce de fausse membrane ; quelquefois noire, ecchymosée, saignante, d'une excessive sensibilité, ou totalement insensible.

Ainsi que les autres exhalations, celle-ci diminue dans la première période des maladies aiguës. S'il existe un exutoire avant l'invasion de la maladie, on le voit ordinairement se sécher lorsqu'elle se développe.

§ VI. *Des phénomènes morbides des appareils sécrétoires, considérés comme signes diagnostiques.*

Les signes que les larmes peuvent donner ne méritent qu'une importance secondaire. Les malades en répandent souvent dans les délires tristes ; ils en répandent aussi dans les hémorrhagies cérébrales, dans le ramollissement de l'encéphale, et surtout dans les paralysies qui succèdent à des affections locales de cet organe. L'épiphora est aussi fréquemment le symptôme de quelque maladie des voies lacrymales. Lorsque les conduits chargés de les transmettre dans les fosses nasales sont obstrués par une cause quelconque, le larmoiement involontaire survient. Il a lieu dans l'ectropion de la paupière inférieure, dans l'ulcération des points et des conduits lacrymaux; dans les cas de tumeur et de fistule lacrymales, lorsqu'une tumeur voisine rétrécit ou oblitère le canal nasal, telle qu'une tumeur osseuse, un polype des fosses nasales. Enfin l'épiphora peut dépendre de ce que les larmes étant très-abondamment sécrétées, les points lacrymaux ne peuvent suffire à leur absorption.

La sécrétion de la salive peut augmenter par l'effet de certains médicaments comme par l'effet de certaines maladies : nous ne voulons pas parler ici des substances appelées sialagogues dont l'effet naturel est de provoquer la salivation ; mais bien du mercure qui, pris à l'intérieur surtout, détermine une sécrétion abondante de salive.

Dans la plupart des maladies de la bouche, la sécrétion de la salive peut être augmentée. Chez les enfants, à l'époque de la dentition, dans la glossite, l'amygdalite, dans les aphthes, les abcès de gencives, la carie des dents et des os des mâchoires, dans quelques affections des glandes salivaires, on observe le ptyalisme.

Ce phénomène morbide est aussi quelquefois sympathique ; ainsi les femmes enceintes, les hystéri-

ques, les hypocondriaques, les aliénés, les malades affectés d'embarras gastriques, ceux qui ont pris un vomitif éprouvent souvent une abondante sécrétion salivaire.

Quelques auteurs croient avoir observé des salivations critiques; il ne répugne nullement à la raison d'admettre que les symptômes d'une maladie aient diminué d'intensité, ou même disparu complètement après une évacuation de ce genre.

La diminution de la sécrétion salivaire doit avoir lieu dans la première période des maladies aiguës en général, c'est ce que fait présumer du moins la sécheresse de la bouche qu'on observe à cette époque.

La salive peut être altérée dans sa nature, elle est souvent âcre et brûlante, et d'autres fois sucrée, sans qu'il soit possible, dans l'état actuel de la science, de rattacher cela à aucune lésion organique connue. Elle contracte dans la rage et dans la syphilis la propriété contagieuse.

Quant à l'excrétion de la salive, elle est impossible dans l'oblitération ou la compression des conduits excréteurs; dans d'autres circonstances cette excrétion est involontaire; c'est ce qui a lieu dans les fistules salivaires et dans la destruction ou la division de la lèvre inférieure.

Ce que nous avons dit de la bile, en parlant du vomissement et de la défécation, nous dispense d'entrer dans de nouveaux détails sur cette sécrétion, dont l'acte est entièrement dérobé à notre investigation. Nous savons que sa quantité augmente dans le choléra-morbus, et dans quelques affections gastro-intestinales; qu'elle diminue dans l'inflammation du foie; que son excrétion est empêchée par les obstacles qui se développent dans les conduits biliaires ou dans leur voisinage; enfin, que la bile elle-même est loin d'avoir toujours la même apparence, et d'être composée des mêmes principes; ce qui doit faire soupçonner qu'elle peut être altérée; mais tous ces faits ne sont pas également susceptibles d'une explication satisfaisante.

On a beaucoup exagéré jadis l'importance des signes tirés de l'urine. Les anciens médecins nous ont laissé des traités fort étendus sur ce sujet; mais il s'en faut de beaucoup que l'expérience ait confirmé toutes leurs assertions; à peine reste-t-il aujourd'hui un petit nombre de ces signes qui aient conservé quelque faveur. Cette partie de la séméiotique, cultivée avec tant de soin autrefois, est presque de nos jours entièrement tombée en désuétude; et, a dire vrai, elle n'a mérité ni l'attention exclusive des uns, ni l'indifférence extrême des autres. Dans l'exercice de la médecine, auprès des gens du monde, on s'éclaire encore quelquefois de lumières que peuvent donner les qualités de l'urine, mais dans les hôpitaux on néglige presque toujours ce mode d'exploration, à moins que la maladie soumise à l'observation du médecin n'ait son siége dans les voies urinaires, ou n'exerce son influence bien sensible sur ces organes.

Il est encore une classe de gens, que je me garderai bien d'honorer du nom de médecins, et qui exploitent à leur profit cette branche de la séméiologie; ces charlatans, dont l'existence déshonore la police qui les tolère, ces charlatans prétendent reconnaître à la seule inspection des urines quelle est la maladie dont sont affectées les dupes qui réclament leurs conseils, quel est le pronostic qu'on doit en tirer, enfin quel est le traitement qui leur convient; et le public stupide remplit les antichambres de ces misérables!

Les véritables signes qu'on peut tirer de l'urine sont très-bornés; ils sont sympathiques, ou appartiennent aux organes urinaires. La plupart de ceux qui avaient attiré l'attention des anciens médecins, avaient rapport au pronostic des maladies, et principalement à la doctrine des crises. Voici les signes diagnostiques, généraux et locaux, qui nous paraissent mériter quelque attention.

L'urine augmente en quantité dans quelques hydropisies, dont cette augmentation est quelquefois une solution favorable. Mais la maladie dans laquelle la quantité de l'urine augmente d'une manière on peut dire extraordinaire, c'est le diabétès, affection qui n'est presque caractérisée que par l'abondance de cette évacuation, et souvent par le changement de la nature de ce fluide excréteur. Dans l'hystérie, l'hypocondrie, l'épilepsie, on observe l'augmentation des urines, ainsi que dans le froid des fièvres intermittentes.

Lorsque dans les maladies aiguës la quantité des urines reste dans les proportions physiologiques, l'irritation n'est pas portée à un haut degré.

Il n'en est pas de même si cette quantité est beaucoup moindre que dans l'état naturel; on doit en tirer alors cette conséquence, que l'irritation est vive. Aussi observe-t-on cette diminution des urines, dans la première période de la plupart des phlegmasies et dans leur état; dans les hémorrhagies actives. Ordinairement, vers le déclin de ces affections, les urines reprennent leur abondance habituelle, à moins qu'il n'y ait des sueurs copieuses ou le dévoiement. La diminution des urines est donc un signe qui n'est point à dédaigner.

Lorsque la sécrétion de l'urine est entièrement supprimée, on doit redouter une violente inflammation.

On observe l'urine incolore et limpide dans les maladies nerveuses, et dans la période que les anciens nommaient de *crudité* des maladies aiguës.

La couleur citrine de l'urine est en général la couleur naturelle; elle ne me paraît avoir aucune valeur diagnostique. Ainsi que la nuance précédente, elle accompagne souvent l'urine ténue peu consistante; elle a été donnée aussi comme un signe de *crudité*, c'est-à-dire d'irritation croissante.

Dans les phlegmasies intestinales, et principalement dans celles du duodénum ou du foie, l'urine est colorée en jaune. Dans l'ictère, qui lui-même n'est qu'un signe de maladies de foie, l'urine est jaune et souvent même safranée. Nous verrons plus bas que les maladies du foie n'occasionnent l'ictère que lorsque, par leur nature, elles empêchent l'écoulement de la bile dans le duodénum. Ainsi l'inflammation des conduits biliaires, l'hépatite, les calculs biliaires, les tumeurs du foie osseuses, cartilagineuses, tuberculeuses, formées d'hydatides, les tumeurs des organes voisins qui compriment les conduits excréteurs dont nous parlons, etc., donnent lieu à la résorption de la bile, et bientôt à la présence de ce fluide dans les urines. C'est une chose digne d'attention que les urines deviennent jaunes avant que la peau et même la cornée présentent cette couleur. L'urine safranée imprime sa couleur au linge qui en est imprégné, et à du papier qu'on a imbibé. Cette couleur est due à la présence de la bile elle-même dans l'urine ainsi que l'ont démontré les analyses de plusieurs chimistes, et principalement de M. Orfila.

L'urine orangée et rouge coïncide ordinairement avec sa rareté, et indique les mêmes choses.

La couleur brune, noirâtre et noire des urines, se rencontre dans les typhus, dans la fièvre jaune; la couleur de ces urines me paraît due à la présence d'une certaine quantité de sang.

Elles annoncent ordinairement une altération profonde dans l'économie aminale ; elles font craindre que la résolution ne soit difficile.

Les urines blanches et opaques peuvent revêtir cette couleur, à cause de la présence du pus, ou d'une mucosité blanche, plus ou moins épaisse, provenant de la vessie, de l'urétère ou de l'urètre, ou seulement à cause d'une perversion dans la sécrétion du fluide urinaire ; cette perversion indique le plus souvent un trouble considérable dans tout l'organisme, une irritation des plus prononcées. On observe les urines blanches dans les scrofules, dans le croup, les affections vermineuses, l'hydrocéphale.

L'urine ténue se voit ordinairement dans la période croissante des maladies aiguës ; l'urine dite huileuse est presque toujours sympathique.

L'urine muqueuse, plus ou moins consistante, est l'indice d'une phlegmasie de la membrane muqueuse de la vessie ; on l'observe pourtant dans les affections chroniques qui causent le marasme, et dans les fièvres dites muqueuses ; mais qui ne voit que, dans ce dernier cas, elles ne sont que le symptôme d'une irritation vésicale ?

Le mucus qu'on rencontre dans les urines peut dépendre d'une augmentation simple de l'exhalation muqueuse de la vessie ; de l'inflammation aiguë ou chronique de ce viscère, ou de quelques parties des voies urinaires ; d'un calcul, d'un polype, de la vessie ; etc. Le pus dépend de l'inflammation de ces mêmes organes ; des reins, des urétères, de la vessie, etc., ou d'un abcès qui s'est fait jour dans cette cavité.

Le cancer, le calcul urinaire, le catarrhe chronique de la vessie, impriment à l'urine une odeur très-fétide, et même repoussante ; elle peut contracter cette odeur dans quelques maladies aiguës, graves ; c'est alors un phénomène purement sympathique. Dans quelques maladies nerveuses, les urines conservent parfaitement l'odeur des aliments et des boisssons.

L'urine dont la température s'élève au-dessus de la température ordinaire, indique une vive irritation, soit de la vessie, soit d'un organe éloigné, qui réagit sur elle ; mais il est rare que l'urine soit réellement plus chaude que dans l'état normal ; c'est presque toujours une sensation du malade, et cette sensation dépend ordinairement des mêmes causes, mais principalement de l'inflammation de la vessie et du canal de l'urètre.

L'urine vraiment froide annonce la chute complète des forces.

La miction sanglante mérite toute notre attention.

Il n'est pas toujours facile, chez les femmes, de reconnaître l'hématurie des autres hémorrhagies par le vagin. Souvent le sang des règles qui vient à se mêler avec les urines a pu en imposer pour une hématurie. Les signes que les auteurs ont donnés pour distinguer le sang qui provient de la matrice et celui qui vient de la vessie, ne nous paraissent pas infaillibles.

Il faut s'assurer d'abord si la malade est à l'époque menstruelle ; si elle n'y est pas, on s'informera si elle ne rend pas de sang sans uriner ; si elle n'en rend qu'avec les urines, si le sang est bien mêlé au fluide urinaire, on aura quelques probabilités de croire que c'est une hématurie.

Ayant eu un jour à déterminer un cas de ce genre assez obscur, le hasard me fournit un signe précieux. En touchant la malade, je m'aperçus que le canal de l'urètre était distendu, plus volumineux qu'à l'ordinaire, en pressant fortement, je provoquai l'issue d'un caillot de sang par le méat urinaire, ce fut pour moi un signe vraiment pathognomonique.

Lorsqu'on a reconnu l'existence d'une hématurie, ce n'est encore là qu'un symptôme ; il reste à fixer à quelle lésion d'organe elle appartient.

Elle peut être le résultat d'une simple exhalation de la membrane muqueuse qui tapisse les voies urinaires. Cette exhalation peut être idiopathique, primitive, consécutive, critique, supplémentaire, symptomatique. L'hémarurie idiopathique ou primitive est rare ; elle est plus souvent consécutive d'une autre maladie éloignée, comme l'affection organique du cœur ; elle a été quelquefois supplémentaire des règles, ou de toute autre hémorrhagie habituelle ; je n'ai jamais eu l'occasion d'observer d'hématurie critique. Quant à l'hématurie sympthomatique, c'est la plus commune de toutes ; on la trouve dans les maladies des reins, des urétères, de la vessie, de l'urètre ; dans les cancers les polypes, les calculs, les varices de ces organes, etc.

Les fausses membranes qu'on dit avoir trouvées, dans les urines, sont le résultat de la phlegmasie des organes des voies urinaires, les caroncules brunes, noirâtres, me paraissent être des débris de quelques affections organiques, ou des parcelles de sang coagulé.

Le sable qui souvent est rendu avec les urines, est le signe pathognomonique de la gravelle, ainsi que les graviers qui n'en diffèrent que par un volume un peu plus fort. Il est à remarquer cependant que dans quelques circonstances physiologiques les urines contiennent du sable. Après des excès de table, dans les grandes chaleurs, après l'ingestion de matières alimentaires très-excitantes, des boissons alcoholiques, des émotions vives, ce phénomène peut se présenter.

Pour les calculs, ils portent avec eux leur signification. On a vu des malades rendre des matières fécales avec les urines, ce qui ne peut être dû qu'à une communication accidentelle établie entre les intestins et la vessie. Il n'est pas rare que les urines contiennent du sperme : ce phénomène provient en général de ce que, dans l'éjaculation, une certaine quantité de ce fluide rétrogade dans la vessie, ou de ce que, dans l'excrétion des urines ou des matières fécales, le muscle releveur de l'anus et autres compriment fortement les vésicules séminales, qui, étant remplies outre mesure, ou relâchées à leur orifice, laissent échapper le fluide qu'elles contiennent. Il pourrait arriver aussi qu'à la suite de désorganisation de ces parties, il existât une communication directe entre la vessie et les vésicules séminales.

Bien des gens excrètent avec les urines une certaine quantité de liqueur prostatique, qu'il faut se garder de confondre avec le sperme dont elle n'a nullement l'odeur.

Enfin des corps étrangers, venus du dehors, peuvent se trouver dans les urines.

Le diagnostic s'éclaire peu des changements qui surviennent spontanément dans le fluide dont nous parlons. Les pellicules, les nuages, les sédiments ont fourni aux auteurs des signes nombreux de pronostic, dont il faut, je pense, beaucoup se défier, mais n'ont donné que fort peu de signes diagnostiques, encore nous paraissent-ils si peu rigoureusement observés, que nous nous abstiendrons complètement d'en faire mention. L'excrétion de l'urine au contraire ne fournit presque que des signes diagnostiques, dont les uns appartiennent aux maladies des organes urinaires, et dont les autres dépendent d'affections d'organes plus éloignés.

La miction douloureuse et difficile (dysurie) s'observe dans la cystite et dans la blennorrhagie. La strangurie a lieu dans la paralysie commençante et dans les maladies organiques de la vessie, dans les rétrécissements de l'urètre ; la rétention (l'ischurie) dans la paralysie complète, dans les inflammations intenses de la vessie, dans l'oblitération de l'urètre, et aussi dans une multitude d'affections du cerveau, dans les maladies aiguës, lorsque la faiblesse est portée à un point excessif.

Nous ferons remarquer ici que lorsque la rétention d'urine est occasionnée par la paralysie de la vessie, il faut que le sphincter conserve sa contractilité; car lorsqu'il participe à la paralysie, il y a incontinence d'urine.

Lorsque dans les affections cérébrales, comateuses et autres, vers la fin des maladies aiguës, il y a rétention d'urine, la vessie se distend outre mesure ; mais cette distension une fois parvenue à un certain degré, ne peut plus augmenter; alors l'urine force le passage et sort avec assez d'abondance. C'est la miction par regorgement.

Dans la cystite, dans le calcul urinaire, etc., il existe souvent des envies fréquentes avec efforts vains d'uriner ; des douleurs intolérables se font sentir dans tout le bassin, remontent jusqu'aux reins, et les malades, tourmentés de ces épreintes, n'excrètent souvent qu'un peu de mucus quelquefois mêlé de sang.

La miction involontaire avec conscience du malade n'indique souvent que la faiblesse de la vessie, ou la trop grande réplétion, des rires immodérés, etc. Lorsqu'elle a lieu sans la conscience du malade, elle peut être simplement un signe de délire, un signe de coma, ou bien un signe d'extrême faiblesse. La miction involontaire survient dans l'apoplexie, le ramollissement, la congestion, l'inflammation du cerveau, et vers la fin de toutes les maladies chroniques de ce viscère, et même de toutes les maladies en général. Elle a aussi lieu dans l'hystérie et l'épilepsie.

Nous pensons qu'on ne saurait admettre avec trop de prudence les exemples de déviation d'urine. Les vomissements urineux, les salivations urineuses, les sueurs, les évacuations alvines, les épanchements présentant ce caractère, quoique rapportés par des auteurs recommandables, nous paraissent fort suspects.

L'urine peut être excrétée par une ouverture accidentelle; cette espèce de miction est du ressort de la chirurgie.

Nous saisissons cette occasion de recommander la lecture des Mémoires intéressants de M. Amussat, sur la physiologie et la pathologie de l'urètre. Une partie de ces travaux a été insérée dans les Archives de médecine, et fait fortement désirer que l'auteur publie le reste de ses recherches sur ce sujet important.

Les autres sécrétions ne fournissent que des signes d'une faible valeur. Tels sont ceux donnés par la sécrétion spermatique, par celle du cérumen, etc.

§ VII. *Des phénomènes morbides des appareils absorbants, considérés comme signes diagnostiques.*

A mesure que l'état physiologique des organes et des fonctions qu'ils exécutent est moins connu, leur état pathologique devient aussi plus obscur.

Quels sont véritablement les organes chargés de l'absorption? Cette question est en litige même parmi les physiologistes ; l'un croit qu'un système particulier a été disposé par la main de la nature pour opérer cette fonction; l'autre, fondé sur des raisonnements et sur des expériences, croit qu'elle a été confiée aux veines ; un troisième adopte l'une et l'autre manière de voir, c'est-à-dire qu'il croit qu'elle est exécutée, et par les vaisseaux lymphatiques et par les veines. Dans ce conflit d'opinions, le pathologiste est réduit à observer les phénomènes et à rester dans le doute touchant leur production.

Quoi qu'il en soit néanmoins des instrumens destinés à exécuter cette importante fonction, et des modes de cette exécution, on ne saurait nier qu'à elle seule n'appartienne la résolution de la plupart des maladies.

Lorsque en effet par une cause quelconque la nature a déterminé sur un organe un afflux de matière, il est impossible d'en concevoir la disparition, si l'on ne pense que l'absorption, devenue plus énergique, n'a enlevé ces matériaux de congestion, d'engorgement.

On pourra donc juger de l'augmentation d'activité des organes absorbants quels qu'ils soient, lorsqu'on verra disparaître une congestion quelconque; et l'on jugera cette absorption d'autant plus énergique, que la résolution sera plus rapide et plus prompte.

L'absorption est active lorsque chez un malade un épanchement de sang d'une certaine étendue, dans le cerveau, par exemple, disparaîtra en peu de temps; ce qu'on jugera par les signes de l'épanchement et par leur diminution.

On peut en dire autant de la disparition d'une ecchymose, dans le tissu cellulaire; enfin de la plupart des phlegmasies.

L'une de celles où cette activité d'absorption pourra être le plus facilement appréciée, ce sera certainement la pneumonie, dont on peut suivre aujourd'hui toutes les phases avec une rare exactitude.

La sécheresse des tissus dans la première période des maladies aiguës est due sans doute à l'augmentation de l'énergie de l'absorption, au moins tout autant qu'à l'inertie de l'exhalation. Dans cette période d'activité, de surexcitation, il est en effet bien plus rationnel de supposer l'accroissement d'activité dans une fonction, que la diminution de cette activité dans une autre, pour se rendre compte d'un même phénomène.

La maigreur, chez un individu jeune, actif, qui répare abondamment, ne peut être attribuée qu'à des déperditions copieuses, c'est-à-dire qu'à un surcroît d'absorption interstitielle; bien entendu que nous ne voulons pas parler des individus chez lesquels la réparation est insuffisante.

Les épanchemens séreux, celluleux et autres, ont paru à quelques auteurs des preuves sensibles de l'augmentation de l'exhalation, et aussi, dans quelques circonstances, de la diminution de l'inhalation; mais il faut avouer que nous sommes réduits ici aux seules lumières du raisonnement, aucun fait matériel organique n'ayant appuyé cette assertion purement conjecturale.

L'absorption est peu active, lorsque des épanchements médiocres, des phlegmasies peu étendues, éprouvent beaucoup de lenteur dans leur disparition. Il est vraisemblable que l'absorption est lente dans les maladies chroniques, sinon d'une manière générale, au moins dans l'organe affecté.

La diète, c'est-à-dire l'abstinence ou le peu de nourriture, l'exercice, favorisent l'absorption. C'est en effet au détriment du tissu cellulaire que les pertes éprouvées se réparent. Ce qui le prouve d'une manière incontestable, dans ces cas, c'est la promp-

tude de l'amaigrissement, et la facilité avec laquelle les maladies se résolvent.

Un des moyens qui activent le plus efficacement l'absorption, ce sont les saignées. M. Magendie a prouvé ce fait par des expériences directes; mais ces évacuations sanguines ont un terme qu'il ne faut pas dépasser; car au-delà de ce terme, la faiblesse profonde qui survient ôte aux absorbants eux-mêmes l'énergie qui leur est nécessaire pour opérer la résolution des maladies, et l'engorgement, la congestion augmente alors d'autant plus rapidement, que la nature ne possède plus aucun moyen pour les dissiper. Ainsi, l'on doit tirer de cela la conclusion importante que, dans les émissions sanguines, il est un terme où il faut savoir s'arrêter, sous peine de tuer le malade.

L'absorption est peu active chez les personnes douées de beaucoup d'embonpoint. Cette accumulation de graisse dans le tissu cellulaire est déjà une preuve assez forte de cette langueur de l'absorption; mais ce qui le prouve au moins d'une manière aussi incontestable, c'est la difficulté avec laquelle les maladies se résolvent chez les personnes grasses. On dirait que se réparant aux dépens de la graisse, dont elles sont pourvues abondamment, il est impossible que la diète et les autres moyens portent quelque action sur les viscères, en activant l'absorption interstitielle; pour eux les mouvements de décomposition sont presque nuls.

§ VIII. *Des phénomènes morbides de la nutrition, considérés comme signes diagnostiques.*

La nutrition est en dernière analyse le but et le résultat des fonctions organiques dont nous venons d'exposer les phénomènes séméiologiques. Cette fonction, ou ce complément de toutes les fonctions, s'opère dans le type physiologique dans la majorité des cas. Cependant il est quelques circonstances où il existe un surcroît de nutrition, et il en est d'autres bien plus nombreuses où l'on observe la diminution de cette fonction; il est aussi un certain nombre de phénomènes morbides qu'on attribue à sa perversion.

La nutrition est augmentée ou diminuée d'une manière générale ou locale. Il est peu de maladies où l'on observe l'hypertrophie générale, c'est presque toujours un état physiologique, à moins qu'il ne soit porté à un point extrême, qu'il ne gêne les fonctions et ne compromette l'existence.

Il existe dans la première période des maladies aiguës, et surtout dans les phlegmasies de la peau, une espèce d'augmentation momentanée de l'embonpoint. On observe aussi cette augmentation dans les heureuses convalescences.

En parlant du volume du corps dans la section prochaine, nous traiterons de son accroissement occasionné par l'épanchement de certains fluides liquides ou gazeux, c'est-à-dire de l'œdème, de la leucophlegmatie, de l'emphysème, etc.; ici nous devons mentionner simplement l'obésité, l'embonpoint, l'hypertrophie, proprement dits.

Le phénomène qui nous occupe n'est pas toujours général, il arrive souvent que l'embonpoint est inégalement distribué.

Mais une distinction qu'on ne doit pas perdre de vue, c'est celle des organes qui sont le siége de l'augmentation de nutrition.

L'abondance de l'exhalation graisseuse constitue l'obésité; l'hypertrophie s'entend plus particulièrement de l'augmentation de volume des organes musculeux et parenchymateux, augmentation qui n'a rien de commun avec la graisse qui s'accumule dans les organes ou à leur périphérie.

L'hypertrophie des muscles est la plus ordinaire et la plus facile à juger, quisqu'elle tombe presque toujours sous les sens. Elle est occasionnée par les efforts considérables que les organes sont obligés d'exécuter et rarement par une disposition congénitale.

Les viscères intérieurs, les organes parenchimateux s'hypertrophient quelquefois; quelques hypertrophies des viscères intérieurs sont caractérisées pendant la vie par des signes qui leur sont propres. C'est ainsi que celle du cœur, sans contredit la plus commune, est très-facile à reconnaître. Une tuméfaction égale de l'hypocondre droit, sans douleur, sans phénomènes inflammatoires, sans signes de maladie organique, doit faire soupçonner l'hypertrophie du foie. On pourrait à des signes analogues dans l'autre hypocondre présumer l'hypertrophie de la rate. Il est bien difficile de juger s'il existe hypertrophie du poumon ou du cerveau; ces états, annoncés dans ces derniers temps, ne me paraissent pas établis sur des preuves irrécusables.

Comme l'hypertrophie et l'obésité, l'atrophie et la maigreur peuvent être générales ou locales.

L'amaigrissement général est occasionné par des causes physiologiques, qui toutes peuvent se réduire à une réparation non proportionnée aux pertes éprouvées par l'individu. Les chagrins, l'amour, l'envie, toutes les passions, les veilles, les travaux de l'esprit, les fatigues excessives, l'abstinence, etc., produisent la maigreur générale.

Dans le froid qui précède les maladies aiguës, il se manifeste une espèce d'amaigrissement général; ce phénomène n'est qu'une simple apparence. L'amaigrissement est réel vers la fin des maladies aiguës, après un régime antiphlogistique sévère; après que l'éréthisme est tombé, dans les premiers de la convalescence : dans la prostration extrême des forces, peu de jours avant la mort, on observe souvent un amaigrissement subit, un collapsus profond, enfin la face dite hippocratique.

Une maigreur plus ou moins considérable est très-ordinaire dans les maladies de long cours, et surtout dans la phthisie pulmonaire, dont l'étymologie est tirée d'un mot qui exprime le dessèchement. La maigreur, quoique ordinaire, n'est cependant pas constante dans cette maladie. On voit quelques phthisiques mourir avec un certain embonpoint, et quoiqu'il soit vrai de dire que dans cette affection la maigreur est générale et croissante, on trouve pourtant des sujets chez lesquels certaines parties du corps conservent de l'embonpoint, et quelques-unes qui maigrissent d'une manière variable.

On a remarqué l'amaigrissement dans le *cholera-morbus*, dans les évacuations excessives, dans les flux d'urine abondants, dans les pollutions nocturnes réitérées, dans les vers intestinaux, et dans le prodrome de beaucoup de maladies.

Une croissance trop rapide est-elle une perversion de la nutrition ainsi qu'on l'a prétendu? Quoi qu'il en soit, ce phénomène, qui n'a aucune valeur comme signe diagnostique, se rencontre souvent dans les maladies aiguës des enfants et quelquefois dans les maladies chroniques.

Les tumeurs variables qui se montrent sur la surface du corps et sur les viscères contenus dans ses cavités, l'ossification des vaisseaux, etc., ont été regardées comme des aberrations de nutrition. Sans décider cette question, nous nous occuperons des tumeurs qui sont de notre ressort, dans la section prochaine.

DEUXIÈME SECTION.

DES PHÉNOMÈNES MORBIDES DES APPAREILS DE LA VIE DE RELATION, CONSIDÉRÉS COMME SIGNES DIAGNOSTIQUES.

§ I. *Des phénomènes morbides de l'habitude extérieure du corps, considérés comme signes diagnostiques.*

La position du corps, son attitude, reçoivent de la part des maladies des modifications dont l'étude n'est pas sans importance pour le médecin. Il est quelques affections desquelles l'attitude fait à elle seule fortement présumer la nature ; il en est même dont elle forme le phénomène principal.

On a dit qu'il était avantageux d'examiner l'attitude du corps pendant le sommeil, parce que dans ce moment la volonté du malade étant suspendue elle ne peut lutter contre les mouvements de la nature. Ce précepte est souvent utile ; mais il est des cas où il est nécessaire de commander des mouvements pour s'assurer de la réalité et de la valeur de certaines positions, ce qui ne peut se faire que pendant la veille.

Dans les affections avec délire, surexcitation de toutes les fonctions, dans l'aliénation mentale, etc., l'attitude est quelquefois ferme et assurée plus que de coutume. Cette énergie dans l'attitude peut être un signe d'irritation, avec un certain degré de force, chez l'individu.

Dans les affections où les malades s'abandonnent à l'empire des lois physiques, où la résistance est faible ou nulle, l'attitude est molle ; les malades sont couchés sur le dos, glissent aux pieds de leur lit, et souvent laissent sortir leurs jambes au dehors. Cette mollesse, cette langueur de l'attitude, arrivent vers le déclin des maladies aiguës dont le terme fatal s'approche ; dans celles où l'on a mis en usage un traitement antiphlogistique trop rigoureux ; dans celles enfin dont le caractère est l'adynamie.

L'attitude est changeante, varie d'un instant à l'autre dans le délire des maladies aiguës, dans certaines inflammations, et particulièrement dans celles de la peau. Alors le malade est tourmenté d'une douleur telle et d'une anxiété si grande, qu'il change à tous moments de position.

D'après Corvisart, il n'est pas une maladie qui présente cette inconstance de l'attitude à un plus haut degré que la péricardite. Il a cru devoir donner à ce phénomène le nom de *jactitation*.

L'immobilité est un signe d'extrême prostration. On l'observe dans les maladies adynamiques, la peste, la fièvre jaune, et dans quelques affections du cerveau.

Dans la péritonite le décubitus a lieu ordinairement sur le dos. C'est souvent du côté de l'organe affecté que le malade se couche, lorsqu'un seul organe est malade ; mais cela n'est pas constant.

Dans la pleurésie, les malades se couchent sur le côté sain, quoiqu'un auteur classique ait prétendu le contraire. Dans la pneumonie, le contraire a lieu. On a pensé que dans la pleurésie la compression exercée par le poumon sur la plèvre costale était d'autant plus forte que les côtes pouvaient moins céder en se dilatant, ce qui occasionnait de vives douleurs ; et dans la pneumonie que la respiration n'ayant plus lieu dans l'organe malade, il était nécessaire que le poumon, resté sain, se dilatât davantage ; que d'ailleurs l'expiration seule étant douloureuse pour cette dernière affection, elle devait être très-faible dans cette position.

Dans les maladies organiques du cœur, la dyspnée est quelquefois si grande, que les malades sont obligés de se mettre sur leur séant, et de s'appuyer sur leurs mains pour respirer.

Dans les épanchements thoraciques doubles, le même phénomène s'observe ; la tête est souvent fortement portée en avant. Si l'épanchement est simple, le malade se couche du côté de l'épanchement.

Dans les paralysies, les membres affectés sont dans une immobilité plus ou moins complète ; si le malade est debout, ces membres sont pendants ; s'il veut marcher, il traîne la jambe, ou tombe.

— Nous ne redirons pas ici ce que nous avons dit dans le chapitre précédent sur la nutrition, en parlant du volume du corps, nous ne voulons exposer que les changements qu'il éprouve par des causes étrangères à la nutrition, telles que l'infiltration d'eau ou d'air, etc.

Lorsque l'infiltration ne se montre que sur un membre, qu'elle n'est pas générale, elle porte le nom d'œdème; elle reçoit celui de leucophlegmatie ou d'anasarque, lorsqu'elle est générale. Ce phénomène, qu'on reconnaît aisément aux caractères que nous lui avons assignés, nous paraît presque toujours symptomatique d'une autre maladie.

Nous croyons que l'infiltration dépend en effet, dans la majorité des cas, d'une affection du cœur, des poumons, de l'estomac, du foie, etc.

La sérosité est souvent épanchée dans des cavités ; elle n'en a pas pour nous plus de valeur ; elle constitue les diverses hydropisies.

L'épanchement d'air connu sous le nom d'emphysème est un symptôme assez rare. Il rend la peau molle, élastique, et ne recevant pas l'impression du doigt, il fait entendre à la pression une crépitation manifeste. Il indique presque toujours une communication avec le poumon. J'ai cependant observé deux fois l'emphysème spontané. Cette exhalation gazeuse dans le tissu lamineux sous-cutané est très-difficile à expliquer, surtout lorsqu'il n'est pas le résultat de la gangrène.

L'air s'epanche ou des gaz se développent dans certaines cavités, et les distendent; c'est ce qu'on voit dans le pneumothorax, la tympanite, le ballonnement, le pneumatocèle, le pneumotomphale, etc.

— Les couleurs diverses qui se manifestent sur la peau offrent dans les maladies des caractères souvent intéressants. Les climats, les saisons, le sexe, les âges, les passions, influent singulièrement, comme chacun sait, sur la couleur de la peau.

La peau est pâle dans les évacuations excessives de tous genres, dans l'anémie, la syncope, le frisson de l'invasion des maladies aiguës, et celui des fièvres intermittentes ; dans l'angine gangréneuse, dans la colique des peintres ; elle est pâle, blanche et luisante dans les hydropisies. La peau pâlit quelquefois dans les éruptions, lorsqu'il se forme une révulsion à l'intérieur. Dans la convalescence la peau est ordinairement pâle, et reprend peu à peu sa couleur naturelle.

Vers la fin des maladies chroniques, la peau devient souvent livide et plombée. Elle revêt fréquemment cette couleur dans les ecchymoses spontanées et accidentelles. Cette nuance existe quelquefois dans le frisson fébrile, lorsqu'il est très-violent. On remarque encore dans ce dernier cas des espèces de marbrures.

Le scorbut produit aussi sur la peau des marbrures remarquables ; tour-à-tour pâle, jaunâtre, maculée de violet, de bleu, de vert, de noir, il n'est pas de partie du corps exempte de ces taches variées, plus ou moins étendues. Les bras et les jambes en

sont cependant plus souvent affectés. Lorsque cette maladie se termine par résolution, ces taches s'effacent successivement en repassant des nuances foncées à des nuances plus claires, et suivant une marche fort analogue aux ecchymoses accidentelles, auxquelles elles ressemblent beaucoup.

La teinte rosée, rouge de la peau, est le signe d'une surexcitation dans la circulation capillaire; elle se montre dans la pléthore, dans les maladies inflammatoires, dans les hémorrhagies actives, etc.; enfin dans toutes les affections hypersthéniques.

Dans les phlegmasies cutanées, la peau se colore en rouge, s'échauffe, se tuméfie et devient douloureuse.

La rougeur érysipélateuse, qui présente tous ces caractères, disparaît d'ailleurs par la pression du doigt, et revient avec la plus grande promptitude.

La peau devient jaune dans les maladies du foie, qui ne permettent pas à la bile de s'écouler dans le duodénum. Cette couleur est due à la résorption de la bile qui pénètre alors tous les tissus. Nous ne pensons pas que ce soient simplement les matériaux de ce fluide qui n'a pas été sécrété, qui produisent l'ictère; cette couleur nous paraît évidemment due à une bile résorbée, c'est-à-dire jouissant de tous les attributs qui caractérisent ce fluide, et parmi lesquels la couleur jaune tient le premier rang. Les matériaux de ce fluide encore disséminés, non élaborés, ne nous paraissent pas propres à communiquer à la peau la couleur dont nous parlons. Nous pensons donc que l'ictère est le signe d'une inflammation du foie ou de ses conduits, du duodénum, d'une tumeur du foie, telle que cancer, tubercules, cirrhose, calculs biliaires, acéphalocystes, etc.; ou de tumeurs d'organes voisins, qui compriment les conduits de la bile, telle que celles de l'estomac, du pancréas, du rein, etc.; maladies qui, empêchant la bile de passer dans le duodénum, occasionnent sa résorption et par conséquent l'ictère; les selles sont ordinairement blanchâtres dans ces maladies.

La couleur jaune-paille est celle qui caractérise les cancers, et principalement les cancers de l'utérus.

Les nuances jaune-citron, verdâtre, verte, appartiennent à des variétés de l'ictère dont elles n'expriment qu'un degré plus avancé. On a distingué l'ictère en symptomatique et en critique. Je ne sais si cette distinction est bien fondée.

Il est une nuance jaunâtre de la peau qui se montre autour des lèvres et des ailes du nez, dans les phlegmasies abdominales, et surtout dans la pneumonie; cette nuance en a imposé, pour un ictère commençant, à des observateurs superficiels.

Dans quelques circonstances bien remarquables la peau devient tout à fait noire. Nous avons lu à la Société de médecine de la Faculté, l'histoire d'une femme dont la peau était devenue noire dans l'espace d'une nuit, à la suite d'une impression morale vive. Cette femme avait vu sa fille se jeter par la fenêtre avec ses deux petits enfants; et depuis nous avons eu occasion de voir aussi une femme qui, ayant échappé au dernier supplice, dans la révolution, avait éprouvé le même accident. Cette dernière était à l'époque de la menstruation lorsqu'elle apprit cette nouvelle. Les règles se supprimèrent sur-le-champ, et de blanche qu'elle était elle devint noire comme une négresse, couleur qui persista jusqu'à sa mort. Nous disséquâmes avec attention la peau de ces deux femmes, et nous trouvâmes que la partie colorée était le corps muqueux. Il nous fut assez facile d'isoler l'épiderme et le derme qui ne présentèrent aucune coloration anomale. Cette couleur noire doit être le résultat d'une exhalation sanguine qui s'opère sur le réseau muqueux.

La nuance violacée de la peau est ordinairement le résultat de la gêne de la circulation. La peau devient bleue dans beaucoup de maladies du cœur très-avancées, on a donné le nom de cyanose, ou maladie bleue, à cette couleur de la peau que l'on a faussement attribuée à la communication immédiate des oreillettes, au moyen du trou botal non oblitéré. Cette cause de la cyanose est bien plus rare qu'on ne pense.

Indépendamment de cette diversité de couleurs, la peau est le siége de quelques éruptions symptomatiques, telles que les pétéchies, le pourpre, le millet; nous ne voulons pas parler des éruptions que l'on considère comme des maladies particulières. Celles dans lesquelles on observe les pétéchies, sont les diverses espèces de typhus. Ces éruptions nous paraissent déceler une spécialité incontestable.

— Nous n'avons rien à dire sur les odeurs du corps, ces odeurs étant le résultat de l'exhalation cutanée, des sécrétions, des excrétions, de la perspiration pulmonaire, etc. En traitant ces divers sujets nous avons eu l'occasion de signaler les diverses odeurs qu'ils présentent dans les maladies. Nous n'y reviendrons pas. Ces phénomènes ont d'ailleurs peu de valeur pour le diagnostic local.

— Après avoir été considéré d'une manière générale, l'extérieur du corps mérite d'être examiné en détail dans ses diverses régions.

Les phlegmasies du cuir chevelu, l'érysipèle, la teigne, l'infiltration des téguments, les épanchements de sérosité dans l'intérieur du crâne, augmentent plus ou moins sensiblement le volume de la tête. L'hydrocéphale chronique produit l'écartement des sutures. Le volume de la tête diminue légèrement dans l'amaigrissement général; des exostoses, des tumeurs fongueuses de la dure-mère et autres, font souvent saillie sur le crâne.

Mais la face mérite surtout de fixer notre attention. Il est peu d'affections dans lesquelles elle ne prenne un caractère particulier, et des médecins habiles reconnaissent fréquemment à sa seule inspection la maladie qu'ils ont à combattre. J'ai vu M. le professeur Pinel reconnaître des péritonites et des pneumonies latentes à la simple expression de la face. Dans la phthisie, le cancer de l'utérus, dans l'apoplexie, la méningite, etc., la figure porte une empreinte particulière, bien facile à distinguer.

Dans les phlegmasies, et généralement dans toutes les maladies avec hypersthénie, l'expression de la face est animée et assurée, dans le délire, elle prend toutes sortes de caractères.

Chez les tétaniques, la face est raide et convulsée, pâle ou animée; elle est quelquefois bouleversée par des mouvements désordonnés; les yeux sont contournés, agités ou immobiles, saillants ou rentrés dans l'orbite, à demi découverts par des paupières peu contractées, ou complètement fermées. Les lèvres sont écartées, les commissures fortement éloignées, les dents à découvert; les joues saillantes, dures et plissées; les mâchoires énergiquement serrées par la violente contraction des masséters. Ces phénomènes indiquent nécessairement une altération dans l'encéphale ou ses dépendances; mais l'expérience n'en a pas encore déterminé la nature.

Les mouvements de la face sont loin d'être toujours dans un état d'exaltation. Dans les maladies que la faiblesse accompagne, il y a un accablement, une lenteur de mouvements, et quelquefois une

immobilité complète qui en forme le principal attribut. Ainsi après des pertes excessives, une abstinence prolongée, des fatigues extrêmes; dans la caducité, dans la paralysie, on observe ces phénomènes. L'immobilité de la face est particulièrement remarquable dans la catalepsie et l'extase.

Le désordre et l'irrégularité des mouvements de la face sont surtout prononcés dans les affections qui donnent lieu au délire idiopathique ou consécutif; dans la manie, l'hystérie, l'épilepsie, les convulsions de tous genres, la danse de Saint-Gui.

La rougeur de la face est en général un signe de pléthore locale ou générale; on la rencontre dans les congestions cérébrales, dans les méningites, les épanchements sanguins, dans le ramollissement du cerveau, enfin dans toutes les phlegmasies violentes, chez les sujets jeunes et polyæmiques, et principalement dans les paroxysmes; cette couleur peut être plus ou moins persistante ou passagère, revenir par intervalles, comme chez les femmes qui cessent d'être menstruées; être générale ou locale, comme dans les inflammations aiguës et la phthisie pulmonaire.

La couleur rouge foncé, livide, plombée de la face est un signe d'affaiblissement profond ou de concentration des forces.

La face qui présente cette apparence accompagne souvent les angines violentes, les hémorrhagies cérébrales; elle est caractérisée par sa tuméfaction, la saillie des yeux, la plénitude des veines des tempes et du cou, sa couleur rouge et livide. Dans les anévrysmes du cœur, et surtout ceux du ventricule pulmonaire, on remarque cette espèce de physionomie. Elle prend momentanément cet aspect dans les attaques d'hystérie et d'épilepsie.

La peau de la figure est pâle et blanche chez les enfants scrofuleux; on remarque qu'ils ont aussi les lèvres épaisses et souvent gercées; les crétins se distinguent par leur air de stupidité.

La pâleur de la peau succède aux évacuations de tous genres, mais surtout aux hémorrhagies abondantes; elle accompagne le frisson fébrile, les maladies chroniques, la chlorose, les cancers, le scorbut, et généralement toutes les maladies hyposthéniques; aussi est-elle un signe presque constant de faiblesse.

La face ainsi que le reste du corps, mais d'une manière plus évidente, devient jaune, verdâtre, verte, noire, etc., dans les maladies qui se distinguent par ces diverses colorations.

La face rouge, colorée, chaude, animée, élastique, ferme, rénitente, et légèrement augmentée de volume, est ce qu'on nomme la face vultueuse; elle n'est qu'une exagération de la face colorée.

Cette augmentation de volume a lieu dans les éruptions qui s'élèvent sur cette région. Elle est accompagnée de pâleur dans la plupart des hydropisies; il existe alors décoloration et bouffissure de la face.

On dit que la face est grippée, lorsqu'il y a diminution apparente de volume, et concentration des traits; elle se remarque dans l'invasion des maladies aiguës et annonce un travail intérieur, profond et grave.

L'amaigrissement qui survient dans les maladies de long cours est ordinairement plus sensible à la face que partout ailleurs; il survient dans les mêmes circonstances que l'amaigrissement général.

Le dernier degré de marasme qui termine le plus grand nombre des maladies chroniques, et une multitude d'affections aiguës, se peint sur la face d'une manière déplorable. Hippocrate a décrit cette espèce de physionomie d'une main si supérieure, qu'on lui a donné son nom; ce qui n'est guère convenable.

Peau du front sèche et ridée, tempes creuses; yeux ternes, entr'ouverts, enfoncés ou proéminents, nez effilé et froid, narines rapprochées, pommettes saillantes, joues creuses, lèvres pâles ou livides, amincies, dents sèches et découvertes, menton alongé, oreilles froides, sèches, retirées, tels sont les principaux traits de cette effrayante physionomie.

Lorsque l'expression des yeux cesse d'être en rapport avec les objets extérieurs, le malade est dans le délire, quelle que soit cette expression, et dans ce cas ce phénomène n'a pas d'autre signification que le délire lui-même.

Les changements qui surviennent dans les yeux sont occasionnés par une lésion de l'organe lui-même ou par une lésion du cerveau, ce qui est bien plus fréquent. Dans quelques cas l'état des yeux est symphatique de maladies d'organes éloignés.

Dans les inflammations du cerveau et des méninges, dans l'hystérie, l'épilepsie, la catalepsie, etc., l'œil est fixe, convulsé en haut, en bas ou sur les côtés; le parallélisme des axes visuels est dérangé. On conçoit qu'il doit exister alors une altération locale de la portion du cerveau qui préside aux mouvements de l'œil; cette altération peut être durable ou passagère.

Dans les congestions cérébrales, dans l'apoplexie, dans la strangulation, l'asphyxie, dans quelques phlegmasies, l'angine intense, dans le troisième degré des maladies du cœur, enfin toutes les fois que le sang stagne ou se porte vers la tête, l'œil fait saillie hors de l'orbite et paraît augmenté de volume; mais cette augmentation n'est qu'apparente, l'œil n'augmente réellement de volume que dans l'hydrophthalmie, dans quelques inflammations de l'intérieur de cet organe.

Dans les maladies chroniques accompagnées de marasme, dans le collapsus de quelques affections aiguës, l'œil est enfoncé dans l'orbite et paraît diminué de volume; l'atrophie seule le diminue réellement.

La cornée opaque est rouge, injectée, dans l'ophthalmie, dans les phlegmasies thoraciques, dans celles du cerveau, etc. Elle est quelquefois plus blanche que dans l'état naturel, ce qui a lieu dans les scrofules et souvent dans la phthisie; elle devient jaune dans l'ictère, avant que cette couleur soit sensible ailleurs.

La pupille peut être très-mobile ou immobile; dans ce dernier cas elle est le signe d'une amaurose ou d'un état comateux produit par la compression du cerveau ou par l'altération de quelques parties de cet organe. Dans l'état actuel de la science, on n'a pas encore déterminé quelle était la partie du cerveau qui doit être le siége de cette altération. Dans les maladies circonscrites de l'encéphale, aiguës ou chroniques, l'immobilité de la pupille ne se remarque que d'un côté. La pupille est contractée dans l'iris, l'ophthalmie interne, l'inflammation des méninges, etc. Un médecin a prétendu que la forme de la pupille devenait quelquefois irrégulière dans les affections vermineuses.

On a donné la dilatation des pupilles comme un signe de faiblesse; nous ferons remarquer à ce sujet que la pupille est en général plus étroite chez les vieillards que chez les jeunes gens, ce qui ne confirmerait pas l'opinion que nous rapportons.

Les paupières paraissent pesantes dans les mala-

dies cérébrales et dans toutes celles qu'accompagne une profonde débilité; elles sont serrées l'une contre l'autre dans quelques délires et dans certains mouvements convulsifs. Quelquefois elles ne couvrent qu'une partie des yeux, qui restent entr'ouverts, ce qui est le signe d'une extrême faiblesse. Elles peuvent être paralysées, et ne pouvoir se relever, ce qui indique ou une altération du cerveau, ou une maladie des organes chargés d'exécuter les mouvements de ces parties. Quelquefois elles se ferment et s'ouvrent alternativement, ce qui constitue le clignotement. Les changements de couleur et de volume qu'elles éprouvent se montrent dans les mêmes circonstances que ceux qui surviennent sur le reste du corps.

Dans le coryza, dans la plupart des phlegmasies de la peau les yeux sont larmoyants.

Les signes tirés de la caroncule lacrymale offrent peu d'importance; elle rougit dans les maladies avec l'hypersthénie, et pâlit dans les maladies chroniques; sa pâleur n'est pas un caractère exclusif des hydropisies, ni des affections nerveuses.

Les sourcils ne fournissent pas d'autres signes que ceux que l'on tire de l'expression de la face.

Le front exprime les mêmes passions que le reste du visage. Il est le siége d'éruptions variées, d'exostoses, etc.

Les malades éprouvent fréquemment un violent resserrement des tempes; c'est ordinairement le signe d'une congestion cérébrale. Ces parties se creusent et s'affaissent dans le marasme et le collapsus des maladies aiguës. Les artères qui les sillonnent battent avec violence dans les congestions, les inflammations, les ramollissements, les épanchements du cerveau, dans l'érysipèle à la face, et même dans la plupart des maladies aiguës violentes.

Les joues sont colorées dans le paroxysme des maladies aiguës, en général dans les hémorrhagies et dans les phlegmasies avec réaction générale. Cette coloration est variable dans les maladies cérébrales. Lorsque cette rougeur est bornée à un seul côté dans les phlegmasies thoraciques, il ne faut pas croire que ce soit toujours du côté malade, ainsi que l'ont dit les anciens auteurs.

On a remarqué que la rougeur circonscrite des pommettes annonçait souvent une prédisposition à la phthisie pulmonaire. Les joues peuvent être le siége d'une éruption particulière, connue sous le nom de *couperose*.

Les mouvements rapides des narines annoncent la difficulté de la respiration, et se voient dans les maladies du cœur, du poumon et du cerveau. Le prurit des narines précède l'érysipèle de la face, l'épistaxis, et accompagne les affections vermineuses.

Les variations de couleur, de volume, de température, etc., dont le nez est le siége, sont le résultat des mêmes causes que celles qui ont lieu sur le reste du corps.

Dans les convulsions dépendantes, soit d'une maladie aiguë, soit d'une maladie chronique du cerveau, les lèvres sont contractées, leur angle peut être tiré à droite ou à gauche, et même des deux côtés à la fois; dans le cas dont nous parlons, lorsqu'un seul angle des lèvres est tiré d'un côté, c'est toujours du côté convulsé, c'est-à-dire du côté malade.

Dans les hémiplégies, l'angle des lèvres est tiré du côté sain: le côté malade n'imprimant aucune résistance, se laisse entraîner dans le sens opposé. Tous ces phénomènes indiquent une lésion cérébrale, qu'on trouve presque toujours après la mort.

Les lèvres sont pendantes dans les maladies accompagnées d'une grande faiblesse; elles sont tremblantes dans quelques maladies du cerveau et de l'estomac; ce phénomène précède quelquefois le vomissement.

L'action *de fumer la pipe* est le signe ordinaire d'une forte compression cérébrale.

Les lèvres augmentent de volume dans les éruptions qui les couvrent; ces éruptions coïncident souvent avec la résolution des maladies, dans les scrofules; etc.; elles sont vermeilles dans les phlegmasies; pâles, après les évacuations excessives, dans le frison des maladies; livides, bleuâtres, dans les maladies du cœur, etc.; elles sont quelquefois gercées, fendillées ou lisses et sèches dans les irritations fortement prononcées; elles se couvrent des mêmes enduits que la langue.

Le menton présente peu de signes notables : il peut être le siége de diverses éruptions; dont quelques unes sont critiques, et dont quelques autres sont des maladies qui n'attaquent que cette région, telles que la mentagre. On a cru que la barbe tombait dans certaines affections, et en particuler dans la syphilis.

Les cheveux tombent à la suite des maladies aiguës graves. Ils changent quelquefois de couleur; ils prennent facilement la couleur blanche; ils deviennent verts chez les ouvriers qui travaillent le cuivre, etc.

Il est une maladie singulière dont l'existence est encore en litige, laquelle s'observe peu dans nos climats, et dont le caractère principal est le mélange inextricable des cheveux. Ils s'entortillent, s'agglomèrent entr'eux, forment des mèches contournées en spirales, ou droites, des plaques qui recouvrent la tête, et contractent une sensibilité extraordinaire, c'est la plique polonaise.

Les oreilles ne fournissent guère d'autres signes que les différentes parties examinées jusqu'à présent. Elles augmentent de volume dans l'érysipèle, paraissent s'amincir dans le marasme; sont rouges et chaudes dans les phelgmasies, dans les congestions cérébrales, les approches du délire, etc.; sont froides, pâles ou livides dans le frisson fébrile, ou dans un extrême abattement des forces.

—Les signes fournis par les parotides sont d'une bien plus haute importance; mais leur gonflement, leur inflammation, leur suppuration et leur gangrène, n'apprennent rien pour le diagnostic local, et servent seulement au pronostic des maladies où elles se montrent. On les a distingués en critiques et en acritiques. Nous reviendrons plus tard sur ce phénomène intéressant.

— La longueur du cou n'est point un signe infaillible de prédisposition à la phthisie pulmonaire : bien des personnes n'ont pas le cou long et sont phthisiques; *et vice versâ;* le cou court n'est pas davantage le signe d'une prédisposition aux hémorrhagies cérébrales. Nous voyons tous les jours des apoplectiques maigres, au cou allongé.

Le volume du cou augmente dans quelques circonstances particulières, et dans tous les cas où le reste du corps peut augmenter aussi. Le goître, l'emphysème et l'angine produisent principalement cet effet.

Les battements des artères carotides ont lieu dans la plupart des affections cérébrales très-aiguës et très-violentes. La position du cou est altérée dans les torticolis, dans la paralysie, dans les luxations des vertèbres cervicales, dans les convulsions.

— L'extérieur du thorax doit fixer notre attention.

Cette cavité doit être large et bien développée lorsqu'elle renferme des organes sains et vigoureux ; mais, dans l'état de maladie, le volume du thorax augmente, diminue et sa forme s'altère.

Lorsqu'il y a dans la poitrine un épanchement de liquides ou d'air, son volume augmente; ainsi dans l'hydrothorax, l'hydropéricarde, dans l'emphysème, dans l'épanchement de sang, dans le pneumothorax, elle se développe, et forme une saillie. Ce développement peut n'avoir lieu que d'un seul côté, ou se montrer des deux côtés à la fois, lorsque la maladie est double; des tumeurs accidentelles peuvent occasionner aussi ce développement.

Pour reconnaître les épanchements de liquides et de gaz existants simultanément dans la poitrine, on a fait revivre la succussion indiquée par Hippocrate. Dans ce cas, en saisissant le malade par les épaules, et lui imprimant une forte secousse, on entend un bruit comparable à celui qu'on obtient en agitant une bouteille à demi pleine. Dans cette affection, il arrive quelquefois que le malade, en se levant tout-à-coup, entend comme une goutte d'eau qui tomberait dans une carafe à moitié remplie ; ce dernier signe est indiqué par M. Collin.

Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit de l'augmentation de volume occasionnée par l'œdème, l'emphysème et l'inflammation des parties extérieures du corps; des changements de couleur, de température, que subit la peau en général ; ces considérations s'appliquent rigoureusement à l'extérieur de la poitrine.

Cette cavité diminue de capacité dans les pleurésies ou les pleuro-pneumonies chroniques, lorsque le poumon n'est plus pénétré par l'air, ou que des adhérences générales et très-fortes empêchent les côtes de se dilater. Alors l'un des côtés de la poitrine est sensiblement affaissé, et paraît atrophié; les individus qui présentent ce phénomène ont ordinairement l'épaule de ce côté plus basse que celle du côté opposé.

Pour s'assurer avec précision du degré de développement des deux côtés du thorax, il suffit d'en mesurer la circonférence avec un cordon, on obtient ainsi l'étendue générale; ensuite après avoir plié ce cordon en deux, on mesure l'espace compris entre les apophyses épineuses et le milieu du sternum des deux côtés. La différence dans les longueurs donne la différence de capacité. On a soin de pratiquer cette exploration à diverses hauteurs, et de ne comparer entre elles que les régions qui occupent le même niveau. Il faut, de plus, se souvenir que la poitrine est rarement symétrique.

Dans le rachitisme la forme de la poitrine est souvent altérée, la colonne vertébrale est déviée, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, mais presque toujours à droite; les côtes font saillie d'un côté, et sont déprimées de l'autre.

— Les parois de l'abdomen présentent les mêmes changements de volume, de couleur, de température, que les autres parties du corps et par les mêmes causes ; mais l'augmentation de son volume est principalement occasionnée par les liquides et les gaz qu'il contient, et aussi par les tumeurs qui se développent dans son intérieur, ou qui se montrent sur sa circonférence.

On connaît que le développement général du ventre est dû aux gaz qu'il contient, lorsqu'en imprimant un choc rapide sur ses parois, on entend un son clair comme celui que rendrait un tambour, ou approchant. Ce météorisme peut être général ou borné à une seule région de l'abdomen; il est ordinairement le signe de l'irritation des intestins; mais il peut survenir dans des cas de faiblesse réelle. Il est aussi un signe d'hystérie, d'hypocondrie, etc.; c'est dire assez que le dégagement des gaz qui le produisent est sous l'influence du système nerveux.

Lorsqu'on veut s'assurer si la tuméfaction du ventre est due à l'accumulation d'un liquide, on donne au malade la position que nous avons indiquée en parlant de la manière de l'examiner, et après avoir placé la paume de la main sur un des côtés de l'abdomen, on percute le côté opposé; ce choc imprime au liquide contenu un mouvement qui donne à la main appuyée sur les parois abdominales la sensation d'une espèce de flot qui vient la frapper; c'est ce phénomène qu'on appelle fluctuation, et qui décèle la présence des liquides renfermés dans la cavité péritonéale, ou dans des kystes accidentels; mais ce signe est commun à ces deux sortes d'hydropisies. L'expérience et le raisonnement nous en ont fait découvrir un très-propre à les différencier.

Nous ne croyons pas que ce signe ait été décrit par les auteurs (1).

Dans l'exploration des hydropiques, en opérant la percussion de l'abdomen afin de produire la fluctuation du liquide, nous avons remarqué, ainsi que tous les médecins, que, dans l'ascite, cette percussion faite à la partie la plus éminente, donnait lieu, la plupart du temps, à un son semblable à celui de la tympanite; il nous a été facile d'en conclure que les intestins, distendus par des gaz, flottaient au-dessus du liquide, où leur pesanteur spécifique les forçait de remonter. Ayant eu souvent occasion de faire le même examen sur des personnes affectées d'hydropisies enkystées, dont le développement était considérable (car ce n'est qu'alors qu'il peut exister quelques doutes sur la nature de la maladie), nous avons observé au contraire que la fluctuation était très-évidente à la partie la plus saillante de l'abdomen, tandis que le son du météorisme avait lieu sur les côtés, parties les plus inférieures, le malade étant couché sur le dos. Ce phénomène se conçoit encore parfaitement, si l'on réfléchit que la tumeur, en se distendant outre mesure, refoule sous elle et sur les côtés toute la masse intestinale.

Les deux observations suivantes pourront confirmer cette remarque.

Hydropisies ascites. — Marie-Anne-Victoire Leclere, âgée de soixante-dix-sept ans, née de parents sains, ayant toujours joui d'une santé parfaite, sauf quelques hémorrhagies utérines survenues à l'*âge critique,* fut prise, dans l'hiver de 1815 à 1816, d'une paralysie caractérisée par la gêne dans la pa-

(1) Le mémoire dans lequel nous avons exposé le *moyen de distinguer l'ascite de l'hydropisie enkystée* a été publié dans le *Nouveau Journal de Médecine*, et inséré dans le numéro de novembre 1811, par conséquent long-temps avant que M. Piorry s'occupât de la percussion médiate. Ce médecin s'est donc trompé 1° en avançant « que ses recherches sur ce sujet ont été faites en même temps que les nôtres, puisque, dit-il, elles ont commencé dès le principe de l'année 1826, c'est-à-dire quelques mois avant la publication du *Cours de Médecine Clinique ;* 2° en disant « qu'avant lui on ne recourait pas à la percussion dans l'exploration des maladies abdominales. »

« L'insuffisance des signes fournis par la percussion directe de « l'abdomen, dit-il en effet, les inconvénients qu'elle peut avoir dans « beaucoup de cas, l'avantage bien reconnu qu'ont sur elle la palpa- « tion et la fluctuation relativement à l'exploration des maladies ab- « dominales *rendent raison du peu d'importance que l'on attache en « général à ce mode d'expérimentation.* »

role, une diminution sensible de l'intelligence et un affaiblissement de tout le côté gauche. A la suite de cet accident, sans douleurs antécédentes, ni autres symptômes que ceux dont nous venons de parler, le ventre se gonfla rapidement d'une manière égale, et présenta à l'examen une fluctuation bien manifeste. Il atteignit en peu de temps un très-grand développement, qui n'a pas sensiblement augmenté depuis. Le 12 mars 1817, la malade éprouvant une faiblesse générale trés-grande, se vit forcée d'entrer à l'infirmerie. Sa figure était maigre et décolorée; les caroncules lacrymales très-pâles; la bouche n'était point amère, quoique la langue fût blanchâtre et humectée; la malade conservait de l'appétit. L'abdomen était indolent, mais il était très-développé, très-distendu; la peau qui le recouvrait était lisse et luisante; la fluctuation était bien manifeste dans tous les sens, « mais lorsqu'on frappait sur la partie la plus saillante du ventre, la malade étant couchée, on entendait un son absolument semblable à celui qu'on obtient dans la tympanite. A la partie inférieure de l'abdomen et surtout vers les lombes, on apercevait un bourrelet saillant sur lequel la pression des doigts laissait une empreinte concave. Les selles étaient rares et difficiles, les urines abondantes. La respiration n'était pas sensiblement gênée encore, la malade toussait et expectorait une matière muqueuse peu abondante. Le pouls était faible et d'ailleurs à peu près dans l'état naturel; la peau était fraiche, les jambes étaient infiltrées, mais surtout le soir. Nous ne suivîmes pas la malade, qui n'était pas dans nos salles; mais à la mort, on trouva une prodigieuse quantité de sérosité claire épanchée dans la cavité péritonéale; les intestins pâles, distendus par des gaz, se présentèrent les premiers sous le scalpel, ils flottaient sur le liquide; le foie était comme racorni, inégal et verdâtre à sa surface, jaunâtre à l'intérieur. Les autres organes ne fixèrent pas l'attention, et ne furent pas examinés.

Hydropisie enkystée de l'ovaire (1). — Jeanne-Françoise Valot, âgée de cinquante ans, née de parents sains et ayant toujours joui elle-même d'une bonne santé, fut saisie en 1809, à l'époque menstruelle, de douleurs très-vives, qu'elle compare à celles de l'enfantement; ces douleurs durèrent trois jours et revinrent périodiquement tous les mois pendant deux ans. L'abdomen prit à cette époque un volume remarquable. Cette tuméfaction commença par le côté gauche; étant arrivée au point de rendre la suffocation imminente, on pratiqua une première ponction, qui, au rapport de la malade, donna lieu à un écoulement d'un seau de liquide, dont la couleur varia jusqu'à trois fois d'une manière bien remarquable. Quatre mois après, on fut obligé de revenir à la ponction, l'enflure commença encore par le côté gauche. A des intervalles plus ou moins grands, on lui a pratiqué onze ponctions: l'enflure recommençait constamment par le même côté. Nous avons été témoin de plusieurs de ces ponctions: dans les dernières, la couleur du liquide a varié depuis le jaune trouble jusqu'à un brun semblable à du chocolat, s'il est permis de se servir d'un telle comparaison. A cette époque, l'abdomen était loin de revenir à son état naturel; on sentait sous les parois affaissées du côté gauche une tumeur dure, circonscrite, assez inégale, et du volume des deux poings, tandis que le côté droit restait distendu et présentait encore une fluctuation manifeste, ce qui fait fortement soupçonner que le kyste n'est pas unique. La maladie, au 1er avril 1817, paraissait stationnaire depuis un an environ. La malade ressentait alors une douleur profonde au côté gauche de l'abdomen; elle disait éprouver dans cet endroit la sensation d'une plaie intérieure; elle était importunée aussi par des élancements dans la fosse iliaque droite. Le ventre était très-tendu, volumineux; la peau qui le recouvrait était lisse et sillonnée par des lignes blanchâtres; « la fluctuation était sensible à la partie la plus élevée, le métériorisme et la résonnance aux parties latérales; » il existait une grande quantité de gaz intestinaux, dont le dégagement peut rendre raison de la diminution de volume remarquable qui survenait quelquefois du jour au lendemain. La face était pâle, les caroncules lacrymales blanches, la langue nette, l'appétit naturel, les urines très-abondantes depuis six mois, la respiration libre, le pouls un peu fréquent. La maladie a présenté depuis lors jusqu'à ce jour des alternatives peu notables; on n'a pas encore été obligé de pratiquer la ponction.

Nous avons fait depuis plusieurs ouvertures de femmes mortes avec des hydropisies enkystées des ovaires parvenues à un volume énorme; les intestins comprimés sous ces masses informes, ordinairement composées de plusieurs kystes, laissaient échapper sur les côtes quelques-unes de leurs circonvolutions météorisées; les parties qui se trouvaient sous la tumeur étaient diminuées de volume et affectées d'inflammations chroniques.

Il nous a semblé assez intéressant de noter un signe de plus, propre à distinguer deux maladies si différentes.

Il est des cas où le signe dont nous venons de parler est en défaut. D'abord il peut se faire que les intestins ne soient pas distendus par des gaz, et dès lors il est impossible de s'assurer du lieu qu'ils occupent, dans l'une comme dans l'autre espèce d'hydropisie. Il peut arriver aussi qu'il y ait, dans l'hydropisie ascite, une si grande quantité de fluide, que le mésentère ne soit plus assez étendu pour permettre aux intestins de flotter à la surface du liquide. En second lieu, les intestins, refoulés par la tumeur enkystée, peuvent retomber sur le devant du kyste, ainsi que nous en avons vu un exemple, et en imposer pour une ascite. Ces cas exceptionnels n'empêchent pas que le moyen que nous venons de signaler ne soit utile dans la majorité des cas.

Lorsque l'augmentation de volume de l'abdomen n'est que partielle, elle est formée, avons-nous dit, par différentes tumeurs. La présence de ces tumeurs est un des signes les plus positifs pour caractériser les maladies organiques des viscères abdominaux. Lorsque ce signe existe bien évidemment, il est presque impossible de révoquer en doute l'existence de ces affections. Mais la tumeur peut être dérobée à l'exploration du médecin, et la maladie n'en exister pas moins; c'est ce que l'on observe dans le cancer de l'estomac, lorsque cette tumeur est cachée sous le foie, ou sous le sternum plus long qu'à l'ordinaire, ou sous les fausses côtes.

Pour bien apprécier à quel organe appartient la tumeur, il faut se souvenir de la division de l'abdomen en régions, et avoir bien présents les organes qui correspondent à chacune de ces régions. Alors si une tumeur occupe une de ces régions, on rapportera la tumeur à l'organe qui a son siége dans

(1) Nous avons cru pouvoir citer cette observation, quoique le sujet soit encore vivant, parce que tous les signes de l'hydropisie enkystée nous paraissent réunis de manière à ne pouvoir laisser aucun doute sur le genre de la maladie.

cette partie, et on arrivera à la certitude si la fonction de cet organe se trouve altérée d'une manière proportionnée.

Cette règle n'est pas constante; il arrive quelquefois que des viscères sont déplacés et occupent des régions bien éloignées de leur siége ordinaire. J'ai eu occasion de trouver l'extrémité pylorique de l'estomac dans la fosse iliaque gauche. Un vomissement de sang qui avait eu lieu, et l'état assez naturel des selles m'empêchèrent de commettre une méprise; je présumai fortement, malgré l'anomalie de la position de la tumeur, que c'était l'estomac qui était affecté, ce qui fut trouvé exact à l'ouverture du corps.

Il faut examiner attentivement le volume de la tumeur, il indiquera le degré de la désorganisation, sa consistance, qui fera présumer sa nature, liquide, solide ou gazeuse; on conçoit combien cette distinction est importante pour le diagnostic; sa mobilité ou son immobilité, si elle est mobile, on pourra conjecturer que la tumeur n'est que le produit de matières alimentaires accumulées; si elle se dilate, on pourra soupçonner une maladie des gros vaisseaux; si elle est immobile, on aura plus à redouter une lésion organique profonde; sa sensibilité, le genre de douleurs qu'elle occasionne ou son insensibilité; en effet, elle pourra être très-sensible à cause d'un état inflammatoire; elle pourra occasionner des douleurs lancinantes, qui caractérisent le cancer, ou être indolente, etc. Cet examen devra se faire pour toutes les tumeurs, quelle que soit la région qu'elles occupent.

Si la tumeur a son siége à l'épigastre, l'estomac, le foie, le pancréas, le gros vaisseaux, les parois abdominales pourront être malades; on devra remarquer avec soin l'altération des fonctions.

Si elle est placée dans l'hypocondre droit, le foie, le duodénum, la courbure du colon, le rein droit, etc., pourront être affectés.

Dans l'hypocondre gauche, la courbure descendante du colon, la rate, le rein gauche, etc.

Si la tumeur a son siége dans les flancs, l'ombilic, les fosses iliaques, l'hypogastre, elle pourra appartenir aux organes contenus dans ces régions, ou dans leurs parois; on le reconnaîtra aux altérations fonctionnelles et aux caractères qui servent à les distinguer.

On rencontre sur les parois abdominales des tumeurs qui se montrent sur des ouvertures naturelles, augmentent par des efforts de respiration, et rentrent dans l'abdomen lorsqu'on les comprime; ce sont des hernies.

On trouve dans l'aine des bubons vénériens, pestilentiels, des engorgements glanduleux, des abcès primitifs et consécutifs, etc.

Sur le trajet de la colone vertébrale, on trouve quelquefois des tumeurs fluctuantes, et plus souvent la saillie des vertèbres. Cette saillie est le signe principal du mal de Pott.

On a remarqué que le ventre diminuait de volume à la suite des phlegmasies violentes des organes qu'il renferme; dans la colique de plomb, où les parois abdominales semblent collées contre la colonne vertébrale, après des évacuations excessives, et dans la maigreur portée à un haut degré.

Les douleurs abdominales accompagnent les inflammations des viscères, leur désorganisation, et aussi un état nerveux particulier; la distension des intestins, par des gaz, la présence des vers, etc.

Le siége de ces douleurs, comme celui des tumeurs, ainsi que leur nature, est très-propre à faire reconnaître quel est l'organe malade.

La température des diverses régions est importante à considérer. La chaleur et la sécheresse de la peau doivent faire présumer l'irritation profonde d'un organe correspondant.

L'augmentation de consistance de l'abdomen, qui est ordinairement en rapport avec son volume, sa tension, dans les maladies, sont en général un signe d'irritation.

Les maladies dont nous avons parlé impriment, pour la plupart, à sa forme une espèce d'irrégularité. Dans l'ascite, il est dilaté d'avant ou arrière, et une espèce de tumeur pellucide, qui s'ouvre quelquefois, surmonte l'ombilic. Dans l'œdème des parois du ventre, le plus grand diamètre est transversal, et l'on observe aux aines, vers les lombes, et sur les côtés, des espèces de bourrelets formés par la sérosité accumulée dans le tissu lamineux de ces régions.

— L'extérieur des parties génitales est le siége des phénomènes primitifs de la syphilis; des accidents consécutifs s'y développent aussi. On y voit des écoulements, des chancres, des ulcères, des tumeurs de toute espèce Le caractère particulier de ces affections est le partage de traités spéciaux.

Le volume des organes de la génération augmente dans l'inflammation de ces organes, dans l'œdème et les hydropisies en général; dans la grangrène, etc.; nous ne devons pas parler ici de l'érection, qui appartient à une autre série de signes.

Le pénis diminue de volume dans les grandes douleurs; dans la hernie étranglée, la péritonite, la néphrite calculeuse, etc. Il diminue par des excès réitérés, et par les progrès de l'âge; il faut dire aussi que les mêmes causes favorisent quelquefois son développement, sans doute alors par une espèce d'infiltration mécanique.

Les parties génitales des femmes présentent des accidents semblables. Les abcès se forment souvent dans la vulve, dont le tissu, pour ainsi dire spongieux, permet toutes sortes d'infiltrations.

On a prétendu que M. Broussais avait observé que dans les gastro-entérites les grandes lèvres étaient rouges et sèches.

Lorsqu'il existe quelque inflammation de l'utérus, de la vessie ou du rectum, ou quelque affection organique douloureuse, la douleur se fait sentir aux cuisses, aux aines et aux lombes.

— La plupart des signes donnés par les membres peuvent être traités avec ceux que fournissent les organes locomoteurs; tels sont les mouvements désordonnés dont ils sont agités, leur raideur, leur contracture, leur immobilité. Il en est cependant quelques-uns qui se bornent à l'apparence extérieure dont il peut être ici question.

Indépendamment des causes générales qui changent le volume, la couleur, la consistance, la température du reste du corps, il est quelques circonstances particulières qui paraissent spécialement affecter les membres. Ainsi dans l'hydrothorax et l'hydropéricarde, on remarque plus spécialement l'œdème du membre thoracique correspondant. Dans les hydropisies, les membres pelviens s'œdématient promptement. L'enflure commence par la malléole, et finit par envahir tout le membre, qui acquiert parfois un volume énorme. L'emphysème se propage plus tôt dans ces parties qu'ailleurs. La compression d'un nerf, d'une artère, d'une veine, des vaisseaux lymphatiques, leur destruction, par une cause quelconque, diminuent ou augmentent le volume des membres. La couleur livide, bleue, noirâtre, qui se manifeste dans le troisième degré des maladies du cœur, dans le froid intense, dans le frisson fébrile, etc., est aussi plus marquée dans les membres.

Dans la phthisie pulmonaire, et dans la plupart des inflammations chroniques, la paume des mains et la plante des pieds sont chaudes, brûlantes, sèches ou couvertes de sueur.

La chaleur des extrémités diminue quelquefois dans les inflammations aiguës violentes des viscères de l'abdomen ou de leur enveloppe.

Diverses tumeurs peuvent altérer la forme des membres; ces tumeurs sont syphilitiques, scorbutiques ou autres.

§ II. *Des phénomènes morbides des appareils locomoteurs, considérés comme signes diagnostiques.*

Les appareils dont nous allons étudier les phénomènes morbides sont au nombre de ceux qui fournissent les signes les plus nombreux, les plus positifs, les plus intéressants. Ils permettent de calculer avec une grande précision les altérations des organes qui commandent et exécutent ces fonctions. Ce point important de la pathologie est une conquête toute moderne. Les anciens n'avaient que des données bien vagues et bien peu précises sur le sujet qui va nous occuper. Par l'étude des signes qu'ils nous présentent, nous sommes parvenus à déterminer, d'une manière pour ainsi dire mathématique, le lieu, l'étendue, la nature de la plupart des affections cérébrales; et ces maladies, naguère les plus obscures de toutes, sont aujourd'hui les plus claires.

Les signes fournis par la locomotion dépendent et des organes qui exécutent les mouvements et de ceux qui les dirigent. Avant de porter son attention sur ces derniers, il faut d'abord être bien sûr que les premiers sont dans leur état normal.

Les organes passifs des mouvements offrent des signes qui appartiennent aux maladies qui leur sont propres, telles que les fractures, les luxations et autres.

Le corps des os longs et les os plats sont fréquemment le siége de tumeurs syphilitiques. On a observé que le scorbut produisait le décollement des cartilages; les scrofules, le gonflement du tissu spongieux; le rachitisme, le ramollissement des os, et leur courbure dans tous les sens. Les os sont susceptibles de s'user lentement par le frottement d'une tumeur mobile, comme dans les fongus de la dure-mère et dans les anévrysmes des gros vaisseaux; de s'altérer et de se détruire, comme dans la carie vertébrale, ce qui occasionne la gibbosité et la paraplégie.

Ce sont surtout les muscles, organes actifs de la locomotion, qui abondent en signes précieux.

Leur augmentation d'énergie est rare dans les maladies; on l'observe pourtant dans quelques délires aigus ou chroniques, dans la manie, et dans quelques maladies nerveuses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, etc.

La plupart des maladies aiguës abattent plus ou moins les forces musculaires. Dès le prodrome même de ces maladies, avant leur invasion, les malades éprouvent des lassitudes pour les moindres mouvements. Dans les progrès, l'état ou le déclin des maladies, il en est qui sont caractérisées par un tel affaiblissement que les individus qui en sont atteints ne peuvent même pas se tourner dans leur lit. Tel est l'effet du typhus, et généralement des maladies adynamiques. Les plus légers efforts sont excessivement pénibles.

Lorsque la contractilité musculaire est abolie ou du moins très-difficile, c'est, avons-nous dit, la paralysie. Nous voici parvenus à l'un des plus intéressants phénomènes que nous puissions observer.

Jusqu'à ces derniers temps, la paralysie a été considérée comme une maladie idiopathique plutôt que comme un signe d'une altération sensible survenue dans le cerveau, dans ses dépendances ou dans les vaisseaux qui portent aux membres un fluide excitant et réparateur. Ce n'est que depuis peu qu'on a reconnu qu'elle dépendait presque constamment d'une lésion organique plus ou moins facile à constater, et qu'on l'a fait servir à reconnaître dans le vivant le genre d'altération qui la produisait. On sait aujourd'hui que, selon la partie du corps qu'elle occupe, elle indique le siége et l'étendue de la lésion cérébrale; et que, selon sa marche, la manière dont elle se manifeste, elle décèle le genre, l'espèce d'altération qui existe. Elle est, en effet, le signe le plus précieux que nous possédions pour distinguer les diverses maladies du cerveau. Pour mettre mieux à même de juger à quel degré de précision cette partie de l'art s'est élevée dans ces derniers temps, nous allons exposer ce que disent sur ce sujet les auteurs les plus modernes, les plus recommandables, et dont les préceptes peuvent être considérés comme l'état actuel de la science. Voici ce que dit le célèbre Pinel.

Description générale de la paralysie. Prédispositions et causes occasionnelles. — « Les plus ordinaires sont, un état de pléthore, le refroidissement subit, l'interruption d'une saignée habituelle, la suppression du flux menstruel et hémorrhoïdal; celle de la sueur, d'un exutoire quelconque, d'un ancien ulcère; les narcotiques, l'habitude de l'ivresse, des coups sur la tête, une terreur, surtout dans la menstruation, des chagrins profonds, un emportement de colère, de la tristesse, des travaux dans les mines de plomb et de mercure, l'usage exclusif de ces deux métaux, l'apoplexie, l'épilepsie, l'hystérie, etc. »

Il est évident, d'après l'énumération de ces causes, que le savant nosographe regarde la paralysie comme une affection essentielle, abstraction faite de l'altération dont elle est le symptôme, les diverses causes qu'il énumère étant susceptibles de développer les différentes maladies de l'encéphale, depuis la congestion sanguine jusqu'au cancer de cet organe, etc. Mais ce que nous avançons est confirmé par cette phrase qui termine l'énumération des causes : « *La paralysie peut être dépendante d'une lésion cérébrale, rachidienne, nerveuse ou musculaire.* » N'est-il pas évident que l'auteur la considère, dans le très-grand nombre des cas, comme étant indépendante de ces lésions ?

Symptômes. « Ils consistent dans la diminution ou l'abolition des mouvements volontaires. Les parties affectées peuvent être dans un état de relâchement, de tremblement ou de contraction. Il peut y avoir perte de sensibilité, ou bien celle-ci peut exister au même dergré que dans l'état ordinaire, elle est même quelquefois augmentée. Cette *affection* peut avoir lieu dans tout un côté du corps (*hémiplégie*), dans les membres inférieurs (*paraplégie*), ou se borner à quelques muscles, comme, par exemple, à ceux de la face, du bras, etc. C'est le côté gauche qui est le plus souvent frappé de paralysie, sans doute parce qu'il est moins fort, moins exercé, et peut-être moins nourri. »

Cette dernière assertion est loin d'être incontestable.

Le traitement que ce savant professeur indique, pour la paralysie, prouve encore, plus que tout ce qu'on vient de lire, qu'il la regarde comme

une maladie le plus souvent indépendante de toute espèce d'altération locale.

Traitement de la paralysie. « Le traitement de « la paralysie varie *suivant les muscles particuliers* « *qui en sont frappés*, et surtout suivant la nature « des causes qui l'ont produite; mais tout indique, « en général, *l'usage des stimulants et des toniques :* « les eaux thermales sont propres à produire une « sorte de fièvre artificielle. On ne peut nier aussi « que l'électricité n'ait guéri certaines paralysies; « mais, pour en assurer le succès, il importe de « bien choisir les cas susceptibles de guérison, et « de faire un usage judicieux des moyens secondai-« res. La respiration du gaz oxygène, mêlé à « l'air atmosphérique dans la proportion d'un à « vingt, a guéri en six semaines une paralysie con-« tractée par la boisson du vin où entrait la litharge « et l'acétate de plomb. C'est au temps et à l'expé-« rience à constater l'effet du galvanisme contre « l'asthémie musculaire en général, quoique plu-« sieurs faits déposent déjà en sa faveur. On trouve « enfin dans les auteurs plusieurs exemples de « l'influence heureuse des affections vives de l'âme, « comme de la joie, de la frayeur, de la colère, « sur la guérison de l'hémiplégie. »

Rien n'est plus propre à démontrer que la paralysie était considérée comme une maladie, et non comme un phénomène appartenant à une multitude d'affections différentes, que la description que nous venons de transcrire, et surtout que le traitement qu'on vient de lire. Assurément, si l'on eût su, comme on commence à le savoir aujourd'hui, que la paralysie dépendait d'une foule de maladies, on n'en aurait pas fait une description générale, et surtout on n'aurait pas tracé pour elle un traitement; mais on aurait rapporté ce phénomène à chaque affection qui la produit, et le traitement aurait varié suivant chacune de ces affections. C'est là le point pratique de notre discussion. Faut-il de nouvelles preuves que la paralysie n'était pas considérée comme signe? ouvrons les traités de séméiotique, regardés comme classiques. Voici les passages que nous remarquons dans celle de M. le professeur Landré-Beauvais :

« Les membres sont immobiles et souples dans la « paralysie. (487). »

« Les membres diminuent de volume dans la pa-« ralysie. Cette diminution porte spécialement sur « les membres impotents, sur les deux cuisses dans « la paraplégie, sur le bras et la cuisse d'un côté « dans l'hémiplégie (448). »

En traitant des signes fournis par les sensations, le même auteur, au sujet de leur diminution et de leur abolition, s'exprime ainsi qu'il suit :

« Il n'est pas bien rare que, dans le cours des « fièvres adynamiques et ataxiques, les malades soient « privés de la vue..... Si c'est dans la crise d'une « maladie qu'on perd la vue, elle peut se réta-« blir; mais la terminaison n'est pas aussi heu-« reuse (237). »

« La cécité n'est quelquefois qu'un symptôme d'un « embarras gastrique; elle cède alors assez facile-« ment par l'usage des médicaments évacuants. Celle « qui se manifeste durant les fièvres intermittentes « anciennes est plus fâcheuse, souvent incurable « (*ibid.*). »

« La surdité provient quelquefois de l'amas de cé-« rumen endurci dans les oreilles (239).

« Dans les maladies, et particulièrement dans les « fièvres adynamiques et ataxiques, on observe quel « quefois une dureté de l'ouïe, ou même une sur-« dité complète. Le pronostic que l'on doit tirer de « ces signes varie selon le terme de la maladie, et « suivant les autres signes que présente le malade « (*ibid.*). »

« La surdité accompagne quelques affections ca-« tarrhales, et particulièrement le coryza. Ordinai-« rement elle cesse avec les autres symptômes. D'au-« tres fois elle résiste aux moyens les plus énergi-« giques employés pour la combattre (*ibid*). »

« La dureté de l'ouïe et la surdité au commence-« ment d'une maladie, avec beaucoup de trouble et « d'inquiétude, sont de mauvais signes; elles an-« noncent du délire, et même souvent une fièvre « de mauvais caractère (*ibid.*).

« La surdité qui survient durant la seconde pé-« riode d'une maladie, surtout à l'époque d'une « crise, et avec quelques autres signes critiques, « est d'un bon présage, etc. (240). »

« Dans les maladies aiguës et chroniques, la sur-« dité avec un grand épuisement des forces et d'au-« tres mauvais symptômes, est un signe dangereux, « et le plus souvent mortel, etc.

« Lorsqu'il y a de fortes douleurs dans les extré-« mités inférieures, la surdité qui survient les fait « cesser, et réciproquement la surdité cesse ou di-« minue par les douleurs des extrémités inférieures. « La surdité cesse également s'il s'établit une suffi-« sante hémorrhagie du nez, ou un flux du ventre « bilieux dyssentérique. Chez certains malades, le « dévoiement et la surdité alternent. Pour l'ordi-« naire, la surdité se dissipe pendant la convales-« cence, quelquefois elle continue pendant le reste « de la vie.

« Lorsque la surdité et le délire se manifestent « chez un malade, il faut observer si la surdité suc-« cède au délire ou le délire à la surdité. Dans le « premier cas, le danger est moindre. *On peut con-« jecturer que l'affection du cerveau se porte sur « l'oreille.* Dans le second, au contraire, il y a plus « à craindre, puisqu'on peut présumer que l'affec-« tion de l'oreille se porte sur le cerveau; mais il « faut alors que cette métastase ait été précédée de quel-« ques signes d'une affection du cerveau, tels que « l'insomnie, l'assoupissement, le tremblement de « la langue, des douleurs violentes de la tête. Si au-« cun de ces signes ne paraît, le délire qui suit la « surdité est peu important (241.)

« Le sens de l'odorat diminue beaucoup dans le « coryza, dans l'ozène des fosses nasales, et même « dans quelques fièvres adynamiques, *il se perd tout « à fait dans l'apoplexie dans une partie des para-« lysies et des hystéries*, et dans certaines fièvres ady-« namiques et ataxiques.

« La perte de l'odorat, accompagnée d'autres si-« gnes fâcheux, annonce un grand danger. Lorsque « les malades attaqués d'affections chroniques et très-« affaiblis perdent l'odorat, c'est un signe mortel.

« Les lésions du sens de l'odorat paraissent pou-« voir être produites par différentes causes dont les « principales sont : 1° la sécheresse de la membrane « pituitaire et des papilles nerveuses. Dans les ma-« ladies inflammatoires, l'odorat est émoussé par « cette sécheresse. 2° L'épaississement de la membra-« ne pituitaire et la compression des papilles ner-« veuses, comme dans le coryza et dans l'ozène. Dans « les polypes des fosses nasales, l'odorat se perd « quelquefois entièrement; certaines portions de la « pituitaire sont augmentées de volume, d'autres sont « comprimées par la tumeur. 3° Enfin *une atteinte « portée directement sur l'origine des nerfs*. Ce sont « particulièrement ces signes, que l'on peut tirer des « lésions produites par cette cause, qui viennent « d'être exposés (243). »

« Dans la plupart des maladies, le sens du goût « s'affaiblit ou se perd (247). »

« La diminution ou la privation du sens du tou-« cher qui survient sans fièvre *doit faire craindre une « paralysie ou une apoplexie.* Au commencement « d'une maladie aiguë, la perte du sens du toucher « annonce ordinairement une fièvre ataxique. Dans « les maladies où les forces sont épuisées, la perte « de ce même sens est un des signes qui indiquent « une mort prochaine. »

« *Après les apoplexies, il arrive quelquefois* que le « mouvement se rétablit et que le sens du toucher « ne se recouvre point. »

A l'article des signes tirés de la langue, page 138, on lit encore : « Le tremblement de la langue ac-« compagne et précède assez ordinairement l'apo-« plexie. »

« Dans l'hémiplégie, le côté de la moitié du corps « paralysé perd la puissance motrice; l'autre con-« serve cette faculté, et entraîne la langue de son « côté. Quelquefois cependant on observe la para-« lysie de la moitié de la langue opposée à la moitié « du corps frappée d'hémiplégie. »

Et, page 236 du même ouvrage, on lit : « Dans « l'apoplexie forte, les lèvres sont pendantes, ou « au contraire constamment resserrées. »

Tels sont les passages relatifs au sujet qui nous occupe, qu'une lecture attentive de la Séméiotique de M. le professeur *Landré-Beauvais* nous a présentés. Il est facile de voir qu'il n'y est aucunement question des diverses altérations locales qui occasionnent la paralysie. Les signes déduits de la paralysie dans cet ouvrage sont plutôt pronostiques que diagnostiques. On peut voir aussi que dans plusieurs endroits la paralysie y est considérée comme une maladie, et non comme un simple phénomène morbide. Nous avons scrupuleusement cité tous ces articles, afin que le lecteur pût mieux juger par lui-même l'état de la science à l'époque où ces ouvrages furent écrits, et mieux apprécier les progrès qu'elle a faits depuis.

Maintenant voici ce qui dit M. *Chomel* sur la même matière dans sa Pathologie générale, pag. 164 :

« L'abolition complète de la contractilité muscu-« laire et du mouvement constitue la paralysie : elle « est *générale* dans les affections comateuses, dans « la syncope, l'asphyxie, etc.; si elle s'étend à un « côté du corps, c'est l'*hémiplégie;* à sa moitié in-« férieure, c'est la *paraplégie* ou *paraplexie;* si elle « occupe les bras d'un côté et la jambe de l'autre, « c'est la *paralysie croisée, qui est fort rare.* Elle est « quelquefois bornée aux deux poignets ou à un seul « comme on le voit dans la colique métallique; « dans quelques fièvres des prisons; elle peut même, « à ce qu'il paraît n'occuper qu'un seul faisceau « musculeux. C'est du moins ce qu'on a soupçonné « dans cette espèce ds paralysie de la langue où cet « organe perd seulement la faculté d'articuler quel-« ques lettres. Dans l'abaissement permanent, ou « chute de la paupière supérieure, le muscle rele-« veur est seul frappé de paralysie.

« La sensibilité est entièrement suspendue dans « tout le corps chez les apoplectiques et les asphyxiés, « dans une partie seulement chez quelques paraly-« tiques (175). »

Nous croyons inutile de transcrire ce que dit à ce sujet M. *Double*, dans sa Séméiologie générale; il est entièrement dans les principes de ses prédécesseurs et de ses contemporains, comme on peut s'en assurer t. I. p. 338, *ibid.* 469; t. II, p. 403 et suivantes, *ibid.* 549, etc.

Nous ne devons pas omettre de citer ici une phrase remarquable du nouveau Dictionnaire de médecine, à l'article Paralysie : « *La paralysie est le plus or-« dinairement symptomatique d'une altération surve-« nue dans le cerveau ou dans les nerfs eux-mêmes.* » Mais il faut remarquer que cet ouvrage a paru depuis les travaux publiés sur ce sujet.

L'auteur de l'article Paralysie du Dictionnaire des sciences médicales, quoique ayant sacrifié aux opinions anciennes sous beaucoup de rapports, semble cependant avoir pressenti qu'un jour la paralysie ne serait plus considérée comme une affection idiopathique, mais seulement comme un symptôme.

Avant d'entrer dans aucun détail, nous devons rappeler les principes qui nous ont dirigé dans les recherches que nous avons faites sur la paralysie ainsi que sur beaucoup de maladies. Ces principes sont ceux que nous avons exposés dans la première partie de cet ouvrage.

Il n'y a dans l'économie animale que des organes et des fonctions; celles-ci ne sont autre chose que des organes en exercice.

Si les organes sont dans l'état sain, leur exercice aura lieu suivant un type donné, qui constituera l'état normal ou physiologique.

Si les organes sont dans l'état morbide, leur exercice n'aura plus lieu suivant l'état normal; il y aura dérangement de fonctions, etc., *et vice versâ,* etc.

Nous ajouterons que le même organe, ou du moins la même partie d'organes, ne peut remplir plusieurs fonctions, surtout dans le même moment. Chaque fonction a donc son organe propre, et réciproquement.

Si un organe paraît remplir plusieurs fonctions, il est incontestable que cet organe est multiple, divisé en plusieurs parties, qui chacune remplissent une fonction particulière.

L'encéphale (le cerveau, le cervelet), la moelle de l'épine et ses dépendances (les nerfs) sont les organes du sentiment et du mouvement. Nous ne voulons pas parler de l'intelligence en ce moment.

Sous le rapport du mouvement, l'encéphale est un organe multiple, car on peut mouvoir en même temps plusieurs parties; on peut aussi ne mouvoir qu'une seule partie, les autres restant en repos; ce qui doit faire conclure que ce n'est pas le même point qui les fait mouvoir.

Le sentiment et le mouvement ne peuvent pas avoir le même siége dans le cerveau, puisqu'on voit le sentiment lésé sans le mouvement, et celui-ci sans celui-là.

« Le célèbre Le Condamine a vécu plusieurs an-« nées avec une insensibilité absolue des mains; il « exécutait tous les mouvements de ces parties. J'ai « vu à l'hospice de la Salpêtrière plusieurs faits « semblables (1). »

Les mouvements d'un côté du corps ne partent pas du même endroit du cerveau que ceux du côté opposé, ceux du bras d'un côté que ceux de l'extrémité inferieure du même côté. Ce qui le prouve c'est que les uns sont affectés lorsque les autres ne le sont pas.

Les signes fournis par la diminution ou la perte du sentiment ou du mouvement, ne sont pas les mêmes suivant le siége, l'étendue, la marche, la nature et la durée de la paralysie.

De la paralysie considérée selon son siége et son étendue. — La paralysie consistant dans la perte ou la diminution des mouvements et du sentiment, il est clair que c'est dans les organes qui sont destinés à remplir ces fonctions qu'il faut chercher la cause de la paralysie. Le cerveau, le cervelet, le

(1) *Séméiotique* de M. Landré-Beauvais, page 243.

prolongement rachidien, les nerfs eux-mêmes, peuvent être le siége de l'altération qui la détermine. Bien plus, les vaisseaux sanguins, cessant de porter un fluide excitant vers les muscles ou vers l'encéphale, peuvent occasionner le phénomène qui nous occupe. Les fortes douleurs musculaires, les contractions violentes, les tiraillements considérables exercés sur quelques membres, peuvent déterminer l'immobilité de ces membres, l'impossibilité de les contracter, enfin une sorte de paralysie. L'expérience et le raisonnement sont parvenus, dans ces derniers temps, à faire reconnaître *à priori* non-seulement le siége de ces altérations, mais encore leur nature. Il n'y a qu'à faire l'application des propositions précédentes.

La paralysie peut occuper tout le corps, être générale, n'en occuper que la moitié ou qu'une partie. Dans ces cas divers, elle n'indique pas la même altération.

De la paralysie générale. — Lorsque la paralysie est générale, elle est le signe d'une lésion générale de l'encéphale, ou d'une lésion centrale, ou bien encore d'une lésion locale, mais tellement étendue, qu'elle influence le côté sain ou la partie centrale. Ainsi la paralysie générale pourra indiquer un coup de sang, une congestion plus ou moins brusque portée à un haut degré, une méningite (nous ne voulons pas parler de la résolution des membres qui survient dans la syncope, dans l'asphyxie, etc.), un épanchement de sang dans un lobe du cerveau, avec irruption dans les ventricules et compression du côté sain du cerveau, un ramollissement très-étendu qui aurait boursoufflé un hémisphère au point de comprimer celui du côté opposé; enfin un tubercule, un cancer, un kyste développé dans la protubérance, etc. Ainsi, si l'on est appelé auprès d'un malade frappé d'une paralysie générale, on devra soupçonner ces diverses altérations. On pourra parvenir à les distinguer les unes des autres par des traits caractéristiques.

a. Lorsque la paralysie générale arrive dans un coup de sang, elle est alors brusque, rapide, et tout-à-coup portée au plus haut degré d'intensité; elle diminue ordinairement avec promptitude, et se termine promptement par résolution, lorsqu'on la traite convenablement. Elle n'a guère plus de quelques heures ou un jour ou deux de durée. Elle peut aussi se terminer dans le même temps par la mort. On voit par là que cette maladie est caractérisée par la promptitude de sa marche et l'instantanéité de son invasion.

b. Si la paralysie générale est due à une méningite, elle aura été précédée par des phénomènes fébriles, par la force, la fréquence du pouls, la chaleur à la peau, la soif, la céphalalgie, et souvent le délire; elle ne surviendra que dans une période avancée de la maladie, annoncera un épanchement séreux ou purulent dans les méninges ou dans les cavités des ventricules.

c. La résolution des membres, qui arrive dans la syncope et dans l'asphyxie, est facile à reconnaître, parce que leur cause, en général facile à saisir, est spéciale, et leurs autres signes assez caractéristiques.

d. La paralysie générale, qui est occasionnée par un épanchement de sang considérable ayant son origine dans un hémisphère, faisant irruption dans les ventricules et comprimant l'hémisphère opposé, peut être reconnue à ce que cette paralysie est plus forte d'un côté que de l'autre, et à ce qu'elle a ordinairement commencé par frapper un côté du corps.

e. Un ramollissement considérable qui aurait boursoufflé tellement un côté du cerveau qu'il comprimerait le côté sain, pourrait se reconnaître à la marche ordinaire et graduelle de cette maladie.

f. Il sera beaucoup plus difficile de distinguer un épanchement survenu dans la protubérance annulaire et un ramollissement de la même partie; mais on pourra soupçonner ces altérations lorsque les phénomènes seront généraux, et qu'ils pourront cependant, par leur marche, être rattachés à ceux de ces affections.

g. Enfin, si c'est un kyste, un tubercule, un cancer développé dans le mésocéphale, la marche chronique de la maladie exclura l'idée d'un ramollissement ou d'une apoplexie, et les signes à la vérité assez obscurs de ces maladies pourront les faire soupçonner. Par exemple, les douleurs lancinantes, la coloration d'un jaune-paille de la peau pourront décéler le cancer central du cerveau, etc.

De la paralysie locale. — Cette paralysie fournit des signes bien plus certains que les précédents. Lorsqu'elle est bien prononcée, on peut être assuré qu'il existe une lésion locale et circonscrite dans le cerveau. Cette altération réside, ainsi que le savaient déjà les anciens, dans l'hémisphère du cerveau opposé au côté paralysé. L'anatomie rend parfaitement compte de ce phénomène par l'entre-croisement des nerfs. Cette disposition anatomique a été surtout bien étudiée depuis les travaux de M. *Gall* sur le cerveau.

Lors donc que la paralysie occupe la moitié gauche du corps, l'altération qui l'occasionne a son siége dans l'hémisphère droit, et réciproquement.

On en était resté là lorsque, pensant, ainsi que nous l'avons dit, que le bras et la jambe ne devaient pas être sous la direction d'une seule et même portion de l'encéphale, MM. *Foville* et *Pinel-Grandchamp*, élèves internes de la Salpêtrière, entreprirent de déterminer, par des observations exactes, quelle était la partie du cerveau qui tenait sous sa dépendance le membre thoracique, et quelle était celle qui communiquait le mouvement au membre pelvien. Ayant eu occasion d'observer un nombre assez considérable d'individus affectés, 1° d'hémiplégie, 2° de paralysie du bras, 3° de paralysie de la jambe, ils trouvèrent, 1° que, dans le premier cas, la lésion de l'encéphale occupait le corps strié et la couche optique en même temps; 2° que, dans le second cas, la couche optique seule et ses irradiations étaient le siége de la lésion; 3° enfin que, dans le troisième cas, cette lésion occupait le corps strié et ses irradiations.

Dans un ouvrage fort estimable d'ailleurs on a prétendu que, lorsque la lésion existait dans le cerveau, la paralysie ne commençait jamais par le membre pelvien; c'est une erreur palpable que l'observation a combattue d'une manière victorieuse.

La paraplégie, c'est-à-dire la paralysie des membres pelviens, les membres thoraciques restant parfaitement libres, ne peut dépendre que de l'altération des organes des mouvements situés au-dessous des vertèbres cervicales. C'est aussi presque constamment dans la moelle épinière qu'il faut chercher la cause de cette affection.

Dans la paralysie croisée, il existe deux altérations dans le cerveau; l'une occupe un hémisphère, et l'autre l'hémisphère opposé, avec cette différence que la région de l'hémisphère malade varie selon que la paralysie frappe le membre supérieur ou qu'elle atteint le membre inférieur.

La paralysie des sens doit nécessairement avoir son siége dans la portion du cerveau qui tient le sens sous sa dépendance, ou dans le nerf lui-même.

Chaque sens devant avoir un centre particulier d'après la loi posée plus haut, que deux choses différentes ne peuvent pas exister en même temps dans le même endroit, il s'ensuit que chaque paralysie des sens doit occuper un lieu différent. Mais il est si rare qu'un sens tout seul soit frappé de paralysie, que jusqu'ici on ne sait pas encore quelle est la portion de l'encéphale qui préside à chacun d'eux.

Lorsqu'un sens d'un côté est seul paralysé, la lésion est simple; s'ils le sont tous les deux, la lésion est double ou centrale; si un sens d'un côté et un autre sens du côté opposé sont malades, l'altération doit être double.

Quand la langue est paralysée (et il arrive fréquemment qu'elle l'est seule), l'altération qui donne lieu à la paralysie doit aussi avoir un siége particulier. Ce siége est encore inconnu. Cependant des observations récentes assez nombreuses, faites à la Salpêtrière sur des bègues, par M. *Foville*, sur des paralytiques dont la langue avait été principalement lésée, semblent faire croire que ce siége doit être la corne d'Ammon. Cette proposition a besoin d'être confirmée.

Mais le siége de la lésion qui produit la paralysie n'est pas toujours dans l'encéphale. La paralysie peut dépendre, en effet, de la compression d'un nerf par une tumeur développée sur son trajet, par son altération propre, par le défaut de circulation dans un membre, etc.

Il est ordinairement facile de reconnaître ces causes de paralysie.

Si elle a son siége aux extrémités inférieures, on pourra reconnaître la tumeur développée dans le petit bassin : on la reconnaîtra plus facilement, si elle existe au dehors sur le trajet des nerfs.

Si c'est le défaut de circulation, la couleur violacée, la froideur du membre, et surtout l'absence des pulsations dans ce membre, feront reconnaître les causes de la paralysie. La lésion des organes locomoteurs eux-mêmes, le tiraillement considérable des muscles, peuvent occasionner une espèce de paralysie.

Enfin, dans l'agonie de certaines maladies aiguës, et dans celle des maladies du cœur, on observe des hémiplégies qui ne doivent point être rapportées à une lésion profonde du cerveau, et qui tiennent sans doute à ce qu'une partie de ce viscère meurt avant les autres.

Telles sont les considérations que nous avons à exposer sur le siége de l'étendue de la paralysie; mais elle diffère encore suivant quelques circonstances importantes.

De la paralysie considérée suivant sa marche. — La marche de la paralysie est brusque ou graduelle, progressive ou rétrograde; elle est aiguë ou chronique, et ces circonstances font singulièrement varier le diagnostic.

Si la paralysie survient tout-à-coup sur un sujet sain, elle annonce une lésion subite : or, il n'y a de lésion subite qu'une hémorrhagie cérébrale ou une forte congestion. On exclura toutes les maladies chroniques du cerveau, et même le ramollissement. On distinguera l'hémorrhagie de la congestion par les signes qui leur sont propres.

Si la paralysie est récente, mais qu'elle marche lentement et par degrés, on conclura qu'il existe une lésion dont les progrès sont lents et gradués, telle, par exemple, que le ramollissement.

Si la paralysie va toujours croissant jusqu'à la mort, on aura la presque certitude que c'est un ramollissement.

Si la paralysie rétrograde, elle doit appartenir à une lésion qui soit susceptible de guérison, et l'expérience prouve que l'épanchement et la congestion sont le plus susceptibles de ce mode de terminaison.

Lorsque la paralysie reste stationnaire, il est vraisemblable qu'il a existé un épanchement qui a détruit une portion du cerveau, que l'épanchement s'est résorbé, mais que la portion cérébrale détruite n'a pu être remplacée.

La marche de la paralysie est-elle aiguë, elle indique ou une méningite, ou une congestion, ou un épanchement, ou un ramollissement. Nous savons maintenant comment on distingue ces affections.

Est-elle chronique, elle annonce un cancer du cerveau, un tubercule, un fongus de la dure-mère, un acéphalocyste, une tumeur osseuse, etc. Il est quelques signes qui peuvent faire reconnaître ces maladies.

Durée de la paralysie. — Nous pouvons appliquer à la durée de la paralysie ce que nous venons de dire de sa marche aiguë ou chronique. Si cette durée est courte, la maladie appartiendra à la première classe; elle devra être rapportée à la deuxième, si cette durée est longue, après deux ou trois mois environ.

Nous ne devons pas omettre de dire que certaines causes de paralysie doivent faire varier le diagnostic. Ainsi, lorsqu'elle est due à des émanations métalliques, bien que la lésion doive exister dans les organes de l'innervation, les recherches faites jusqu'à ce jour n'ont pu faire reconnaître cette lésion, et l'on est forcé de se retrancher dans un doute philosophique.

De tout ce qui précède, on doit conclure :

1° Que la paralysie n'est point une maladie spéciale, mais bien un signe de maladies;

2° Qu'on peut, avec de l'attention et du raisonnement, parvenir à reconnaître la nature, le siége et l'étendue de la lésion de laquelle elle dépend;

3° Que, puisqu'elle n'est qu'un symptôme, son pronostic découle nécessairement du diagnostic : il varie suivant la nature de la maladie;

4° Enfin que le traitement doit être fondé sur la nature de la lésion qui l'occasionne, et varier selon cette lésion, à moins que l'on ne prétende, comme on l'a fait, que toutes les maladies doivent être traitées de la même manière.

On observe encore dans les mouvements des phénomènes dignes d'intérêt, et tous indiquent des altérations de l'encéphale ou de ses dépendances.

C'est ainsi que la roideur, la contracture des membres indiquent un ramollissement cérébral primitif ou consécutif; cette roideur, cette contracture peuvent présenter d'ailleurs des caractères séméiotiques analogues à la paralysie, relativement à leur siége, à leur mode de développement, etc. La crampe est ordinairement un phénomène passager, mais il n'en atteste pas moins une modification de la portion du cerveau qui préside aux mouvements. Nous en dirons autant des soubresauts des tendons et de la carphologie qui caractérisent les maladies dites ataxiques, et que nous croyons annoncer une altération dans l'encéphale.

Pour ce qui concerne les convulsions, elles peuvent être aiguës ou chroniques, offrir les mêmes variétés de siége que la paralysie, indiquer des maladies analogues.

Lorsqu'elles sont générales et chroniques, elles constituent l'hystérie et l'épilepsie, maladie du cerveau et de ses dépendances dont le siége est sans contredit dans la portion qui préside aux mouve-

ments, mais dont l'altération organique n'a pas été jusqu'ici exactement appréciée. MM. Bouchet et Cazauvieilh ont tenté des efforts dignes d'éloges pour en déterminer la nature; mais leurs assertions nous paraissent un examen ultérieur.

Les convulsions aiguës et locales se montrent ordinairement dans le ramollissement du cerveau; lorsqu'elles sont locales et cloniques, elles appartiennent le plus ordinairement au cancer de ce viscère. Les convulsions sont ou chroniques ou toniques, mais dans les maladies dont nous parlons elles offrent le plus ordinairement ce dernier caractère.

Quoique l'expérience n'ait pas encore fixé d'une manière précise quelle est la lésion qui occasionne le tétanos et ses diverses espèces, il n'est pas permis de douter qu'il ne soit le résultat d'une altération aiguë des organes de l'innervation. J'ai le plus grand penchant à croire qu'il est le résultat de l'inflammation du cerveau, et de la moelle épinière surtout, ainsi qu'on l'a avancé récemment.

Les altérations de l'encéphale qui produisent la catalepsie et la danse de Saint-Gui ne nous sont point encore connues. Sans doute, ainsi que celles qui produisent l'hystérie et l'épilepsie, elles sont générales, c'est-à-dire qu'elles occupent toutes la portion encéphalique qui préside aux mouvements, ce qui est incontestablement un obstacle presque invincible à ce qu'on puisse facilement découvrir, apprécier leur nature, puisqu'il est alors impossible d'avoir un point de comparaison dans l'organe malade. Si l'on remarque d'ailleurs qu'elles sont aussi fugitives que les mouvements volontaires, on aura quelque raison de croire que la modification cérébrale qui les produit peut aussi être fugace, instantanée.

§ III. *Des phénomènes morbides des appareils de la voix et de la parole, considérés comme signes diagnostiques.*

Les altérations de la voix et de la parole dépendent immédiatement des organes à qui elles sont confiées ou de ceux qui les commandent (l'encéphale), ou enfin médiatement d'organes qui exercent sur ceux-ci une influence plus ou moins marquée.

La voix est plus forte dans certains délires aigus et chroniques, dans lesquels les malades poussent des cris violents; mais excepté ces cas particuliers la voix devient presque toujours faible dans les maladies.

Il est des circonstances qu'on peut regarder comme physiologiques, qui rendent la voix faible; ces causes sont presque toutes de nature à empêcher l'abaissement du diaphragme, et l'ampliation de la poitrine, telles qu'un repas trop copieux, un embonpoint excessif, etc.

La faiblesse de la voix survenant dans les maladies aiguës est un indice de la chute des forces ou de leur concentration. On a prétendu que la faiblesse de la voix était un signe de dyssenterie; je crois que cette observation n'est pas fondée : des évacuations excessives occasionnent une grande faiblesse, les organes vocaux doivent nécessairement s'en ressentir; mais ce n'est point un caractère spécial de cette maladie. Dans quelques pneumonies, les malades peuvent à peine se faire entendre.

L'épuisement occasionné par la longueur d'une maladie, par les traitements employés, par la diète long-temps soutenue, cause la même faiblesse.

La voix peut être faible dans les maladies spasmodiques et dans le frisson frébrile.

Indépendamment de sa force ou de sa faiblesse le voix subit encore des modifications dans ses tons. Il n'est pas rare que de grave elle devienne aiguë; c'est ce qui a lieu dans les maladies convulsives, dans quelques affections aiguës du cerveau, etc. On distingue que ces altérations sont simplement spasmodiques, lorsqu'elles sont exemptes de phénomènes de réaction. Dans le tétanos, la voix est haute et sifflante, même avant qu'il n'existe aucune contraction. Un cri perçant annonce quelquefois l'épilepsie. Dans l'hystérie, les malades passent souvent d'un ton grave à un ton très-élevé.

La voix change manifestement dans les maladies des organes où elle se forme; elle devient nasonnée dans le polype des fosses nasales ou de l'arrière-bouche, dans la destruction de la voûte et du voile du palais. Elle s'altère aussi dans l'angine tonsillaire, et principalement dans le croup. Elle devient alors aiguë et glapissante. On l'a comparée au cri d'un jeune coq ou au bruit qu'on produirait en parlant dans un tube d'airain. Dans l'angine laryngée trachéale, elle devient aiguë et sifflante.

Quelques circonstances, qu'on pourrait rigoureusement aussi considérer comme physiologiques, produisent la raucité de la voix. Dans l'état pathologique cet enrouement accompagne la plupart des affections dont nous venons de parler. Un enrouement habituel doit faire craindre une altération dans les organes de la voix. L'hydrophobie produit sur la voix une modification remarquable. Les malades poussent quelquefois des cris qu'on a comparés à ceux des loups ou des chiens. La voix devient rauque dans la syphilis, dans la première période, lorsque les parties sont simplement gonflées; ou dans la seconde, lorsqu'elles sont ulcérées.

Comme on ne sait point encore bien aujourd'hui, malgré les travaux récents, à quoi s'en tenir sur la lèpre, nous ne savons quel degré de créance il faut accorder à l'enrouement que cette maladie occasionne.

Dans l'engorgement scrofuleux ou autre des glandes du cou, les organes vocaux étant comprimés et gênés dans leurs mouvements, on conçoit que la voix doit en être altérée; elle peut devenir rauque, basse, faible, aiguë, et même s'éteindre complètement.

Dans la phthisie pulmonaire, on observe les mêmes variations; les gens du monde ont remarqué cependant qu'il arrivait quelquefois que les phthisiques avaient une voix beaucoup plus étendue et beaucoup plus sonore que ne comporte leur apparence. Ne pourrait-on pas rendre raison de ce phénomène par la présence des cavités vides qui se sont formées dans le poumon? Quoi qu'il en soit, néanmoins, lorsque ces cavités s'étendent, lorsque le poumon se détruit de plus en plus, la voix s'affaiblit et s'éteint.

Ces changements sont encore plus manifestes dans la phthisie laryngée; l'aphonie est même un des principaux caractères de cette dernière maladie.

La perte de la voix ne dépend pas toujours, ainsi que ses autres altérations, des maladies des organes qui la produisent. Dans les maladies aiguës du cerveau on observe parfois l'aphonie. Ce phénomène se rencontre aussi dans les maladies chroniques des organes de l'innervation, dans la catalepsie, l'hystérie et l'épilepsie. L'aphonie peut être continue ou intermittente. J'ai eu occasion de voir un fait assez remarquable d'aphonie périodique chez une hystérique.

La nommée Malherbe, durant les orages de la révolution, fut frappée, étant dans ses règles, du

spectacle horrible d'une tête sanglante portée sur une pique. Aussitôt ses règles se suppriment, elle perd connaissance, ou plutôt l'usage de la voix et de la parole, sans mouvements convulsifs. Depuis lors, à toutes les époques menstruelles, Malherbe éprouvait les mêmes accidents. Lorsqu'on lui demandait où elle avait mal, sa figure prenait une expression douloureuse, rougissait, ses yeux se convulsaient en arrière; elle faisait des efforts violents pour parler, mais ne pouvait proférer une seule parole; elle indiquait avec la main l'épigastre comme le siége d'une affreuse douleur. On peut remarquer ici que la perte de la voix a été causée par la frayeur.

Dans les hémorrhagies cérébrales, et dans les paralysies qui en sont la suite, surtout celles du larynx, il y a souvent perte de la voix.

Dans les maladies cérébrales aiguës, ou dans les maladies éloignées qui réagissent sur le cerveau, la voix est souvent tremblante; ce signe annonce un profond affaiblissement, précède ou accompagne le délire, qui n'est lui-même qu'un signe d'affection du cerveau.

La parole offre aussi quelques changements assez dignes d'attention. Le bégaiement survient dans les maladies du cerveau. Il est rare que le bégaiement, qu'on peut appeler morbide, soit l'effet d'une altération idiopathique des organes de la parole, mais il se montre dans la congestion cérébrale, dans l'hémorrhagie, le ramollissement du cerveau; dans l'arachnitis, lorsque la substance cérébrale se prend; dans les maladies chroniques et locales de l'encéphale, telles que les tumeurs cancéreuses, tuberculeuses, fongueuses, osseuses, etc. Cependant on l'observe quelquefois dans la glossite et l'esquinancie; ainsi que dans le frisson des fièvres intermittentes, et dans celui de l'invasion de la plupart des maladies aiguës.

La parole est souvent prompte, brusque, facile. Ce phénomène annonce presque toujours une surexcitation cérébrale, primitive ou consécutive.

Dans les maladies du cerveau, et principalement dans le ramollissement, la parole est lente, les réponses se font long-temps attendre.

La parole se perd aussi d'une manière complète, d'abord dans les maladies qui détruisent les organes qui la produisent, et dans celles qui paralysent leur action. Les passions violentes peuvent suspendre la parole, et surtout la frayeur. Beaucoup de maladies nerveuses produisent le même effet; elle se perd en un mot à peu près dans les mêmes circonstances et par les mêmes causes que la voix. On a vu les affections vermineuses déterminer la perte de l'une et de l'autre.

Le narcotisme, l'ivresse, produisent tous les phénomènes dont nous venons de parler, sans doute à cause de leur action directe sur le centre nerveux.

Lorsqu'on applique l'ouïe médiatement ou immédiatement à l'exploration de la voix et de la parole, on obtient divers phénomènes dont nous avons donné la définition, et dont le plus important est la pectoriloquie. On peut se faire une idée parfaite de la pectoriloquie, en appliquant le stéthoscope sur la trachée-artère d'un homme sain qui parle, qui chante ou qui tousse. Lorsqu'il y a dans le poumon une cavité vide, et voisine des parois thoraciques, on perçoit le même phénomène. Les points de la poitrine où l'on sent le plus souvent la pectoriloquie, sont sa partie antérieure et supérieure, l'aisselle, l'espace compris entre la clavicule et le muscle trapèze, les fosses sus-épineuses et sous-épineuses de l'omoplate. L'épaisseur de l'omoplate et de ses muscles ne nuit pas à la perception de la pectoriloquie.

La pectoriloquie est parfaite lorsque la voix monte directement par le tube jusqu'à l'oreille appliquée à l'extrémité de ce tube. Elle indique une cavité communiquant avec les bronches. Laennec prétendit d'abord que ce signe était certain; en effet, il l'est dans la majorité des cas; mais les recherches que nous avons faites à cet égard nous ont prouvé qu'il n'en était pas toujours ainsi; et des sujets sont morts évidemment pectoriloques sans qu'on ait trouvé de cavité chez eux. Cela m'est encore arrivé récemment. Une jeune femme, entrée dans mes salles depuis plusieurs années, présentait tous les signes de la phthisie, seulement elle était stationnaire; elle présentait la pectoriloquie la plus évidente des deux côtés de la poitrine, à la partie supérieure et antérieure; elle est morte cet été à la suite d'hémoptysies abondantes. Il n'existait pas la plus légère cavité; il n'y avait même pas de tubercules. Le poumon gauche était rouge, vermeil, non crépitant, et cependant point hépatisé; le cœur pulmonaire était dilaté, etc.

Depuis la publication de son ouvrage, l'auteur a rencontré des faits de ce genre; il attribue dans ces cas la pectoriloquie à une autre cause. Il pense qu'alors le tissu du poumon, devenu plus dense, est aussi plus capable de transmettre le son que l'air produit en traversant les rameaux bronchiques. Nous avions donc raison de dire, il y a dix ans, que ce signe était quelquefois infidèle.

La pectoriloquie manque assez souvent lorsque les parois des cavités sont flasques et molles, et peuvent se rapprocher dans l'expiration. Elle manque aussi lorsque les matières muqueuses ou purulentes remplissent les cavités ou les tuyaux bronchiques qui s'y abouchent.

La pectoriloquie est d'autant plus évidente que la voix est plus aiguë. Lorsque la voix est grave, elle masque la pectoriloquie; le malade semble parler à travers un porte-voix. L'aphonie n'empêche pas la pectoriloquie de se faire entendre. Dans les grandes excavations l'on n'entend qu'un son très-grave; dans les cavernes très-petites, la pectoriloquie est souvent douteuse, surtout lorsqu'elles sont placées au centre du poumon, dont le tissu mou ne permet pas la transmission du son. La pectoriloquie est surtout parfaite, lorsque la cavité est moyenne, superficielle, que les parois en sont denses, élastiques, tapissées d'une espèce de fibro-cartilage, et qu'elles adhèrent aux parois thoraciques. La communication entre elles d'un grand nombre de cavités, rend la voix étouffée et confuse.

On entend naturellement la pectoriloquie douteuse entre les épaules des personnes maigres; elle est ordinairement une présomption de l'existence d'une excavation profonde, ou en partie remplie d'une matière tuberculeuse; mais il faut l'entendre d'un seul côté; elle n'a plus de valeur si elle se manifeste de deux côtés à la fois.

La pectoriloquie imparfaite ne peut que faire soupçonner l'existence de quelque cavité; il faut, comme la précédente, qu'elle n'existe que d'un côté.

La pectoriloquie parfaite peut être continue ou intermittente. Celle-ci indique que les cavités communiquent avec de petits tuyaux bronchiques, souvent obstrués par des crachats. Il faut donc examiner plusieurs fois les malades, qui peuvent être pectoriloques dans un moment, et point dans un autre. La pectoriloquie est plus ou moins nette;

elle est quelquefois accompagnée d'une espèce de souffle qui pénètre avec la voix dans le tube; d'autres fois, d'une espèce de gargouillement, ce qui indique qu'il existe une certaine quantité de liquide dans les cavités. Lorsque cette matière vient à être expectorée, la pectoriloquie devient plus sensible.

Ce signe est en général caractéristique de la phthisie pulmonaire; il se manifeste souvent avant tout autre. Mais il faut dire aussi que les excavations annonçant un degré très-avancé de la phthisie, c'est attendre bien tard pour reconnaître cette maladie. Nous pensons que cette connaissance doit s'acquérir beaucoup plus tôt.

La pectoriloquie est aussi un signe de la dilatation des rameaux bronchiques.

L'égophonie ou pectoriloquie chevrotante peut s'entendre dans toute l'étendue de la poitrine, dans les deux côtés ou dans l'un seulement. Elle est ordinairement bornée à la colonne vertébrale, au côté externe, interne, et au bord inférieur de l'omoplate. Quelques sujets présentent ce phénomène dans l'état naturel, mais alors il existe des deux côtés. Cette espèce de tremblement de la voix suit ou accompagne la parole; il la suit lorsque le malade parle par monosyllabes. Pour bien l'entendre, il faut appliquer fortement le cylindre sur la poitrine du malade et l'oreille légèrement sur le cylindre. L'égophonie est le résultat de l'agitation de la surface d'un liquide contenu dans le thorax par les vibrations que détermine la voix; il indique donc l'existence d'un épanchement dans la poitrine. Telle était au moins l'opinion de Laennec, qui ajoutait qu'un épanchement trop considérable ne permettait plus de l'entendre, et qu'un épanchement trop faible ne le permettait pas encore. Il donnait ce signe comme caractéristique d'une pleurésie aiguë ou chronique avec un médiocre épanchement dans la cavité des plèvres. Il prétendait de plus que ce phénomène augmentait avec l'épanchement et diminuait avec lui, et qu'ainsi il pouvait annoncer la résolution ou l'augmentation de la maladie, qu'ayant toujours lieu au niveau du liquide, il pouvait servir à en déterminer la hauteur.

L'observation m'ayant prouvé qu'il n'existait aucun épanchement dans les premiers jours d'une pleurésie, les membranes séreuses étant alors sèches comme toutes les autres, j'objectai que je ne croyais pas à la certitude de ce signe. On va voir par l'aveu même de Laennec, ou du moins d'un de ses élèves, que cette objection n'était pas sans fondement.

« Ce phénomène peut-il s'expliquer par le frémissement de la voix à la surface du liquide, *comme le pensait autrefois M. Laennec?* ou est-il dû à l'aplatissement des bronches, comme il l'enseigne aujourd'hui?

« Une femme présenta l'égophonie à un haut degré vers la racine de l'un et de l'autre poumon tour-à-tour; elle mourut. *On ne trouva point de liquide épanché; l'aplatissement des bronches n'était pas bien évident.*

« Une autre succomba après de longues souffrances. Depuis près de trois ans, elle était pectoriloque dans tout le sommet du poumon, et égophone à la racine de l'organe dans un espace très-circonscrit. *Il n'y avait pas d'épanchement,* et, quoique enveloppées par un tissu cellulaire assez dense, *les bronches ne me parurent pas altérées dans leur forme* (1). »

Que faut-il conclure de ce qui précède? Que ce signe est encore douteux, et qu'il faut attendre que de nouvelles observations en aient fixé la valeur.

(1) M. Collin, thèse citée.

Au tintement métallique que nous avons décrit, et qui annonce une cavité du poumon à moitié remplie de liquide et d'air, et communiquant ou non avec les bronches, ou qui décèle un épanchement d'air et de liquide dans les cavités des plèvres, on a ajouté la respiration et la résonnance métalliques.

La respiration métallique ressemble au bruit qu'on produirait en soufflant dans un vase de métal à ouverture étroite. Ce phénomène est le signe d'une communication des bronches avec la cavité pleurétique, laquelle contient alors une certaine quantité d'air. Il paraît produit par le passage de ce fluide dans le trajet fistuleux.

La résonnance métallique, qui ressemble à la voix d'un individu parlant dans une citerne, indique la même altération.

Ces phénomènes sont rarement continus; la plupart du temps ils ne se montrent qu'à certains intervalles, ce qui paraît en général dépendre de l'obstruction des conduits.

§ IV. *Des phénomènes morbides des appareils sensitifs, considérés comme signes diagnostiques.*

Les recherches de MM. Magendie, Charles Bell, ont prouvé que des nerfs différents étaient dévolus les uns à la volonté et les autres à la sensibilité. M. Foville, qui, jeune encore, s'est distingué dans la science, a pensé que ces deux espèces de nerfs pourraient bien n'avoir de différence que celle que présentent les artères et les veines, c'est-à-dire que, destinés à transmettre le même agent, les uns étaient efférents (en supposant le point de départ dans le cerveau), et les autres étaient afférents. Les premiers étaient consacrés aux mouvements, à la volonté; les autres au sentiment, à la sensibilité. Une dissection attentive lui ayant prouvé que ces derniers avaient avec le cervelet des connexions immédiates, lui avait fait penser que cet organe était le centre de la sensibilité, et conséquemment que ses altérations devaient avoir pour signes l'altération de cette même sensibilité, *et vice versa;* c'est-à-dire lorsque la sensibilité était manifestement lésée, on devait présumer que le cervelet n'était pas dans son état physiologie. Nous exposons ici ces considérations ingénieuses, parce qu'elles nous paraissent dignes d'attention: cependant nous croyons qu'elles ne sont point encore établies sur des considérations suffisantes.

Quoi qu'il en soit, nous savons que la sensibilité générale peut être exaltée dans quelques maladies. Elle l'est dans les maladies de la peau, et principalement dans les éruptions aiguës; elle l'est dans quelques phlegmasies cérébrales et dans la plupart des maladies nerveuses chroniques, telles que l'hystérie, l'épilepsie, l'hypocondrie.

La sensibilité générale est diminuée dans les typhus, dans toutes les affections du cerveau avec compression, telles que l'hémorrhagie cérébrale, le coup de sang, le ramollissement, et dans les maladies chroniques avec épanchement consécutif de sérosité. Il faut cependant dire que cette diminution de sensibilité n'est pas constante.

Cette diminution peut être générale ou locale; dans le premier cas, elle ne peut indiquer qu'une lésion générale ou centrale du cerveau; dans le second, elle indique une altération locale, et cette altération a le même siége que celles qui produisent la paralysie. Cette diminution de sensibilité

peut aussi dépendre de la lésion du nerf chargé de la transmettre.

Le sentiment peut être complètement aboli, d'une manière générale ou locale. Dans le premier cas, ce signe indique une lésion profonde du principal organe du sentiment. Dans le second, il peut dépendre de la destruction d'un nerf, etc. En général les considérations auxquelles nous nous sommes livrés sur les mouvements peuvent s'étendre à la sensibilité.

L'abolition de la sensibilité peut exister indépendamment de celle de la motilité et réciproquement.

La perversion de cette fonction, qui constitue la douleur, est un des phénomènes morbides les plus intéressants qui puissent s'offrir à notre méditation. Compagne inséparable de la plupart des maladies, c'est la douleur qui, la première, éveille notre attention sur leur existence, c'est elle qui nous indique quel est l'organe souffrant; elle nous le montre, elle nous le fait toucher; sentinelle vigilante, elle avertit le malade du danger qu'il court et lui commande impérieusement de veiller à sa conservation. Elle revêt dans chaque maladie un caractère particulier qui sert encore à nous en faire distinguer l'espèce.

Lorsque la douleur n'existe pas dans une maladie, il arrive bien souvent que les autres signes qui appartiennent à cette maladie ne se manifestent point; il est alors difficile de la reconnaître. Cependant un médecin attentif ne doit pas commettre d'erreur, même dans ce cas. Il est aujourd'hui peu de maladies véritablement latentes. Ce sont des faits exceptionnels extrêmement rares, et qu'on doit regarder comme des vices d'observation plutôt que comme des anomalies de la nature.

Nous allons exposer les signes principaux fournis par la perversion de la sensibilité.

La douleur tensive existe dans l'éruption de la variole, dans l'inflammation des membranes muqueuses, dans la formation des abcès.

Le poids des viscères enflammés, les tumeurs intérieures, les épanchements de toute espèce produisent la douleur gravative, ainsi que les phlegmasies des organes parenchymateux. Ces douleurs, lorsqu'elles occupent les lombes, précèdent les hémorragies utérines et les hémorrhoïdes.

La douleur pulsative des tempes dénote une congestion vers la tête, et survient dans toutes les maladies très-aiguës, elle annonce en général la terminaison des inflammations par suppuration.

La pustule maligne, le charbon, les érysipèles gangréneux, les boutons pestilentiels occasionnent la douleur brûlante. Cette espèce de douleur annonce en général une violente irritation.

Une foule d'érythèmes, la rougeole, produisent la démangeaison, le zona, une douleur âcre et mordicante. L'ictère est souvent précédé ou suivi de démangeaison. La douleur lancinante est ordinairement le signe d'une affection cancéreuse.

La douleur, quelle qu'elle soit, est fixe ou mobile, continue ou intermittente. Elle est rarement continue au même degré; et en général plus elle est vive et moins elle est durable. Certaines céphalalgies, les rhumatismes, sont périodiques. Les douleurs rhumatismales augmentent par le froid, les douleurs vénériennes par la chaleur du lit, etc.

Dans certaines maladies, telles que la goutte et le rhumatisme, les douleurs occupent tour-à-tour diverses régions du corps.

Ces douleurs vagues qui se déplacent annoncent qu'il n'y a point d'organe essentiel affecté.

Lorsque la douleur est très-violente on doit penser que l'altération de l'organe est très-profonde : si c'est une inflammation, cette inflammation doit être très-intense; la violence de la douleur est en général en rapport avec celle de la maladie.

Si de la nature de la douleur nous arrêtons notre attention sur son siége, nous voyons que cette circonstance nous fournit les signes diagnostiques les plus nombreux et les plus positifs. Le siége de la douleur annonce en général que la maladie occupe l'organe qui souffre. Cette vérité, presque triviale au premier abord, n'est cependant pas sans exception. Il arrive quelquefois, en effet, que la douleur ressentie dans un organe n'y est déterminée que par la maladie d'un organe éloigné : dans la luxation spontanée du fémur, les malades ressentent une vive douleur au genou. Ainsi la douleur peut être primitive ou consécutive. Mais lorsqu'un organe souffre, il faut d'abord chercher dans cet organe la lésion qui cause la douleur. Si vous ne trouvez rien dans cet organe, il faut examiner ceux qui exercent sur lui une influence plus ou moins prononcée.

La douleur de tête peut être purement nerveuse, c'est une *névropathie*. Telle est la migraine et une multitude de céphalalgies, qu'on ne peut raisonnablement attribuer à aucune lésion appréciable. La douleur de tête se montre dans la congestion cérébrale primitive ou consécutive; aussi accompagne-t-elle l'invasion de presque toutes les maladies aiguës hypersthéniques, les phlegmasies, les hémorrhagies nasales, les coryzas, les délires, les convulsions, etc.

La céphalalgie s'observe dans la plupart des maladies du cerveau : elle est générale dans la congestion, la méningite; elle est locale, fixe, continue, dans le ramollissement; elle est aussi locale, mais lancinante dans le cancer du cerveau. Cette douleur locale et fixe, lorsqu'elle existe depuis un certain temps, et qu'elle est accompagnée d'autres signes, tels que l'engourdissement, le fourmillement d'un membre, etc., est un des plus sûrs indices d'une affection locale du cerveau autre que l'hémorrhagie cérébrale.

L'otalgie peut arriver dans l'otite interne et externe, dans les maladies des os de l'oreille, et dans celles qui attaquent une portion correspondante de l'encéphale.

Les douleurs à la nuque accompagnées du cortége des phénomènes des congestions cérébrales annoncent les hémorrhagies ou le délire, c'est-à-dire les phlegmasies du cerveau ou des méninges.

Les phthisiques au premier degré, et même aux autres périodes de leur maladie, ressentent des douleurs dans le dos et dans les épaules. On observe aussi des douleurs dans le dos dans la maladie vertébrale de Pott.

Les douleurs des mamelles peuvent être le signe d'une ménorrhagie imminente, de l'approche des règles, de la grossesse; dans ces circonstances les organes se gonflent et deviennent douloureux.

Les douleurs qui occupent la partie antérieure et moyenne de la poitrine peuvent appartenir aux maladies du sternum ou des organes sous-jacents. Si elles sont fixes et superficielles, qu'elles augmentent la nuit, elles pourront être syphilitiques. Si elles sont accompagnées des symptômes du catarrhe, elles occuperont les bronches, etc.

La douleur du côté du thorax, superficielle, peut être le résultat d'une phlegmasie de la peau, alors on reconnaît l'éruption; moins superficielle, augmentant par la pression, par le mouvement du bras et par une forte inspiration, elle a son siége

dans les muscles, c'est une pleurodynie; plus profonde, lancinante, augmentant par l'inspiration, peu par la pression, à moins qu'on ne l'exerce entre les côtes, accompagnée de toux sans expectoration, etc., elle est produite par l'inflammation de la plèvre; plus profonde encore, gravative, n'augmentant nullement par la pression, elle est due à une pneumonie; enfin moins vive, plus générale, elle est occasionnée par un catarrhe.

La douleur épigastrique accompagne la plupart des maladies de l'estomac, mais surtout la gastrite; il peut y avoir cependant des cardialgies qui ne soient pas inflammatoires. Ces douleurs comme les autres peuvent être occasionnées par la maladie d'un organe éloigné, etc. Pour que la douleur à l'épigastre caractérise la gastrite, il est nécessaire qu'elle persiste un certain temps, qu'elle soit accompagnée de quelques phénomènes de réaction, de quelques signes locaux de gastrite, ou du moins qu'il n'existe aucune maladie éloignée qui puisse produire les phénomènes observés. Nous admettons néanmoins qu'il peut y avoir des gastrites chroniques et des gastrites latentes, et que la gastrite peut exister concurremment avec d'autres maladies.

Dans la péritonite la douleur du ventre est très-vive, très-superficielle, augmente par la moindre pression; elle est plus sourde, plus profonde dans l'entérite, à moins que l'inflammation ne soit très-intense. S'il n'y a pas eu une cause particulière, telle que l'accouchement ou un coup reçu sur le ventre, il est souvent très-difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer s'il existe une péritonite ou une entérite : heureusement que le traitement est à peu près le même.

Les coliques ne sont pas toutes inflammatoires : les vers, les gaz intestinaux, les matières fécales accumulées, les hernies, les invaginations, la colique de plomb, et quelques névroses occasionnent des douleurs d'entrailles plus ou moins violentes.

Les douleurs lombaires sont rhumatismales, ou appartiennent à la carie des vertèbres ou aux maladies de la moelle épinière et de ses enveloppes; elles annoncent les hémorrhagies par le rectum, par la matrice, les phlegmasies ainsi que les cancers de ces viscères et des parties voisines.

La cystite donne lieu à une douleur hypogastrique plus ou moins vive; les calculs et autres affections de la vessie produisent le même effet.

La cessation complète et brusque d'une vive douleur doit faire redouter la gangrène de l'organe malade.

Pour bien juger de la nature et de l'intensité de la douleur, il faut avoir égard à l'âge, à la constitution plus ou moins irritable, et surtout au caractère du sujet. Tel exagère ses maux, tel autre les dissimule. Il faut aussi avoir égard à la nature de la maladie, à sa violence, à son degré, aux causes qui l'ont produite, enfin à tous les phénomènes accessoires.

— Les altérations que nous remarquons dans les fonctions sensoriales peuvent dépendre de lésions des instruments des sens eux-mêmes; des nerfs qui sont chargés de transmettre l'impression; de la partie du cerveau qui perçoit cette impression; de la maladie d'un organe plus ou moins éloigné qui exerce sur ces parties une influence quelconque.

Il n'est pas toujours facile de distinguer à laquelle de ces causes appartient le phénomène qu'on observe: on peut dire cependant qu'il dépend de l'organe lui-même, lorsqu'avec les signes qui caractérisent les maladies des sens, il n'en existe aucun de ceux qui appartiennent aux autres affections : par exemple, dans l'exaltation de la vue, lorsqu'il existe une ophthalmie sans phénomènes cérébraux. On présumera que cette exaltation est due à une maladie du cerveau, au contraire, lorsque l'œil paraîtra dans son intégrité, et qu'il existera du délire et autres signes d'excitation de l'encéphale, etc.

Dans les inflammations du cerveau et des méninges, dans les congestions cérébrales, dans la plupart des phlegmasies intenses, soit de la peau, soit autres; les malades ont de la peine à supporter la lumière; il en est de même dans l'inflammation des diverses parties constituantes des yeux, l'hypocondrie, l'hystérie, la manie; enfin, dans toutes les circonstances où le système de l'innervation paraît être dans un état d'exaltation, l'impression de la lumière est souvent intolérable.

Les objets paraissent quelquefois, dit-on, colorés en rouge dans les phlegmasies des méninges ou du cerveau, dans les congestions cérébrales, dans la pléthore, enfin dans toutes les maladies inflammatoires. Les malades croient voir des feux, des bluettes, des étincelles. J'ai quelque raison de douter de cette prétendue coloration des objets en rouge dans ces maladies; à supposer que la partie colorante du sang se répandit dans les diverses parties de l'œil, ou dans le centre de perception, je doute que le malade, privé de point de comparaison, crût voir les objets, ainsi colorés. Je me suis souvent assuré que dans les ictères les plus intenses, les objets ne paraissaient jamais jaunes.

Les mouches, les toiles d'araignées, les brouillards, les nuages et autres corps qui voltigent devant les yeux, annoncent la plupart des maladies de ces organes, et surtout l'amaurose et la cataracte; on les observe aussi dans les maladies aiguës du cerveau.

La perversion de la vue est un des signes des diverses névroses générales.

La vue s'affaiblit dans les maladies accompagnées d'un grand épuisement, dans celles de long cours, et quelquefois aussi dans les maladies aiguës.

La cécité qu'on remarque dans certaines affections aiguës indique presque toujours une altération du cerveau. La perte de la vue suit quelques ophthalmies syphilitiques et l'abus du mercure, etc.

Des altérations analogues dans l'ouïe, et même dans les autres sens, se rencontrent dans les mêmes circonstances. Ainsi, dans les inflammations de l'encéphale et de ses enveloppes, dans la congestion de cet organe, dans la pléthore, dans toutes les phlegmasies intenses, etc., le moindre bruit est insoutenable. Les malades éprouvent des tintements d'oreille, des battements, des bourdonnements, des bruits de vents, de cloches, etc., il en est de même dans l'hypocondrie, l'hystérie, la manie, l'épilepsie, etc. Ces phénomènes annoncent souvent un travail local dans le cerveau, et précèdent le ramollissement de cet organe.

Ce qu'il y a de singulier, c'est que la même exaltation et la même perversion de l'ouïe se rencontrent aussi dans l'anémie.

La surdité a beaucoup fixé l'attention des médecins. Celle qui a lieu dans les maladies aiguës nous paraît tenir constamment à un travail de l'encéphale; elle peut être due aussi à une maladie de l'organe lui-même, telle que l'oblitération de la trompe d'Eustache dans les coryzas et les angines, ou à la réplétion du conduit auriculaire par le cérumen, enfin à toute autre cause agissant directement sur l'oreille elle-même.

L'odorat est exalté, diminué, perverti et aboli par des causes semblables; ce qu'il offre cependant

de particulier, c'est qu'il diminue dans les inflammations de la pituitaire, tandis que les autres sens s'exaltent dans les phlegmasies des membranes qui entrent dans leur composition. Dans certaines affections, des odeurs agréables ou désagréables, qui n'existent pas, frappent les malades. C'est en général un signe de délire, ou le signe d'une altération du sens lui-même.

La sécheresse de la membrane pituitaire, son épaississement, le polype des fosses nasales, l'ozène, une altération du nerf olfactif, diminuent ou détruisent l'odorat.

Dans les maladies nerveuses, le goût présente quelques anomalies, des saveurs désagréables paraissent délicieuses, et *vice versâ*.

La plupart des affections gastriques aiguës ou chroniques pervertissent le sens du goût. Les malades croient percevoir une saveur acide, douce, fade, salée, amère, hydrosulfureuse, dans les irritations gastriques, dans le cancer de l'estomac, etc., l'hémoptysie et le crachement du pus sont quelquefois précédés d'une saveur douceâtre.

Le goût d'œufs pourris s'observe non-seulement dans le cancer de l'estomac, mais même dans le scorbut, dans quelques phlegmasies graves du canal alimentaire. Au reste le goût s'affaiblit et même se perd dans la plupart des maladies, mais surtout dans les maladies aiguës.

Les changements que la maladie détermine dans le sens du toucher peuvent se rapporter à ceux que nous avons exposés en parlant de la sensibilté générale. Dans quelques affections du cerveau, les malades croient apercevoir dans les corps des qualités qu'ils n'ont pas; ils méconnaissent celles dont ils sont vraiment doués. C'est encore une espèce d'hallucination, de délire. Au reste, la diminution, l'abolition et l'exaltation de ce sens se rencontrent dans des cas analogues à ceux que nous venons d'exposer, et qu'il serait fastidieux de répéter encore.

§ V. *Des phénomènes morbides que présentent les affections morales, considérés comme signes diagnostiques.*

Toutes les maladies modifient plus ou moins le caractère, ce qui doit faire conclure que ces phénomènes sont bien plus souvent sympathiques qu'idiopathiques d'une altération célébrale. Les changements qu'elles impriment ne doivent pas échapper à l'observation du médecin attentif, mais ils ne servent guère que comme signes pronostiques.

Les maladies aiguës, mais plus souvent les maladies chroniques, inspirent la tristesse. Lorsqu'elle est portée à l'excès et qu'elle n'est pas en rapport avec la position réelle du malade, elle constitue la mélancolie. Une gaieté excessive ainsi qu'une morne tristesse sont des phénomènes de délire, et n'ont aucune valeur par eux-mêmes.

Les malades exagèrent souvent leurs douleurs et leurs maux, ce qui est le signe d'une faiblesse fâcheuse.

D'autres ne se doutent nullement du danger qu'ils courent, se croient guéris dans le moment où leur maladie est à son plus haut degré, ce qui est encore un signe d'altération du cerveau.

Des gens attentifs à leur santé deviennent indifférents; des personnes qui supportent tout avec résignation en santé deviennent pusillanimes en maladie, ce qui indique encore une modification dans l'encéphale ou dans tout l'organisme. La douceur se change en rudesse; la tranquillité en impatience, etc. Tous ces symptômes indiquent seulement l'état morbide, mais ne caractérisent rien d'une manière précise.

§ VI. *Des phénomènes morbides de l'intelligence, considérés comme signes diagnostiques.*

D'après la définition des théologiens, l'âme est un esprit pur, un être immatériel, immortel; il n'y a donc que le plus grossier matérialisme ou la plus stupide contradiction qui puisse admettre *des maladies de l'âme :* qui dit malade, dit altéré, or il n'y a que les corps qui soient susceptibles d'altérations; qui dit malade, dit susceptible de désorganisation, de mort; qui ne sent tout ce qu'une pareille expression a d'impie et d'absurde? Quoi! l'âme, être immatériel, immortel, susceptible de maladie, susceptible de mort! Quelle ineptie ou quel blasphème! non, l'âme n'est point altérable; non, il ne saurait exister des maladies de l'âme! par conséquent l'âme n'est point du ressort du médecin, et c'est empiéter sur un domaine étranger que de s'occuper de ce sujet.

Les désordres de l'entendement ne peuvent être raisonnablement attribués qu'aux dérangements survenus dans l'instrument chargé de cette admirable fonction; c'est donc le cerveau seul qui doit fixer l'attention du pathologiste. C'est dans le cerveau qu'il faut chercher les altérations qui troublent l'intelligence.

Le cerveau, avons-nous dit, est un organe multiple, dont une partie est destinée aux mouvements, une autre à l'intelligence; c'est dans cette dernière partie que résident les altérations dont nous parlons. Des exemples multipliés nous portent à adopter l'opinion de MM. Foville et Delaye, qui placent les facultés intellectuelles dans la substance corticale.

Mais les altérations de l'intelligence sont loin de laisser toujours des traces appréciables dans l'organe qui en est chargé. Ces altérations sont très-souvent fugitives, insensibles à nos divers moyens d'exploration. Leur existence est incontestable, mais elle n'est pas toujours visible.

Les facultés intellectuelles sont quelquefois exaltées dans le commencement de maladies aiguës, et même, dans certains cas, peu d'instants avant la mort. La mémoire est plus fidèle et plus sûre, le jugement plus juste, l'imagination plus riche, l'élocution plus brillante, en somme l'individu est supérieur à lui-même. Dans la phthisie pulmonaire, dans quelques maladies nerveuses, et surtout dans les accès d'hystérie et de mélancolie, on est souvent étonné par ce merveilleux phénomène.

La diminution de l'intelligence est un accident bien plus ordinaire; il est peu de maladies qui ne la produisent plus ou moins, mais celles dont il est le caractère principal sont l'idiotisme et la démence; dans ces cas-là, il y a même quelquefois abolition complète de toutes ces facultés.

La stupeur qui survient dans une multitude d'affections aiguës, et surtout dans celles qui portent atteinte aux organes de l'innervation, est caractérisée par la diminution de l'intelligence. Plus que toutes, les affections cérébrales y donnent lieu; mais parmi celles-ci surtout, le ramollissement du cerveau chez les vieillards. Traits impassibles, air hébété, attention presque nulle, sens obtus, réponses lentes ou nulles, rarement justes, mémoire abolie, etc., telle est la stupeur qu'on observe dans ces maladies.

La suspension ou la perte complète de l'intelli-

gence a lieu dans la syncope, l'asphyxie, dans toutes les maladies du cerveau avec forte compression de cet organe dans le sommeil.

Les facultés intellectuelles peuvent être perverties, ce qui constitue le délire.

Tous les dérangements dont nous venons de parler peuvent dépendre d'une altération générale, comme une altération circonscrite du cerveau. Pour le diagnostic local, il s'en faut qu'ils aient la même valeur que les dérangements de la locomotion. Ils ne peuvent jamais indiquer qu'une altération de l'encéphale; et lorsqu'ils dépendent d'une lésion circonscrite ils ne suffisent pas pour la faire reconnaître; il faut le concours des signes fournis par la locomotion. Bien plus, il peut arriver, dans ce dernier cas, que l'intelligence ne soit pas lésée; car le cerveau étant un organe double, la portion restée saine peut suppléer à la portion malade. C'est pour cela qu'on trouve souvent des altérations qui n'ont pas dérangé les facultés intellectuelles. Il n'en est pas de même pour la locomotion; en effet, si une altération a détruit la portion qui préside au mouvement du bras droit, ce ne sera pas la portion destinée à mouvoir le bras gauche qui pourra la suppléer; il y aura toujours paralysie, contracture ou convulsion du bras droit. Ainsi l'altération de l'intelligence, quoique pouvant dépendre d'une lésion circonscrite, ne peut faire distinguer cette lésion.

Dans un ouvrage moderne, fait d'ailleurs avec assez d'art, on a prétendu que le délire ne pouvait pas dépendre d'une altération, d'une désorganisation du cerveau, et l'on a entassé les sophismes et les paradoxes pour appuyer cette étrange opinion. On a dit que le délire était surtout un signe de l'arachnitis. Il n'y a qu'un mot à répondre à tout cela, et ce mot me paraît décisif : « ce n'est pas l'arachnoïde qui pense. » Sans doute la méningite occasionne le délire, mais c'est en agissant sur le cerveau, sur l'organe de la pensée. Quoique bien voisine du cerveau, l'inflammation de ses membranes ne produit le délire que comme toutes les inflammations éloignées, c'est-à-dire par sympathie. Seulement ce voisinage favorise beaucoup cet effet; l'inflammation des unes se propage à l'autre avec tant de facilité! Mais nous avons observé souvent des méningites, même avec suppuration, sans délire, et tous les jours ne voit-on pas des délires sans méningites? Nous pensons que cette opinion est une erreur. Lorsqu'il y a délire, c'est dans le cerveau qu'il faut d'abord chercher l'altération organique. Cette altération peut être primitive ou consécutive, idiopathique ou sympathique, symptomatique. Le délire idiopathique peut être aigu ou chronique; on l'observe dans toutes les maladies aiguës ou chroniques du cerveau. Le délire consécutif, c'est-à-dire qui dépend de l'altération d'un organe plus ou moins éloigné, ne se montre que dans les maladies aiguës, ou dans les affections chroniques sur lesquelles se greffe pour ainsi dire une inflammation récente.

Les diverses espèces de délire dont nous avons parlé précédemment, peuvent bien fournir quelques données au pronostic, mais elles sont stériles pour le diagnostic. Seulement, si le délire est exclusif, profond, persistant, etc., il annonce une maladie plus grave que s'il est vague, léger, fugitif, etc.; s'il est intermittent, périodique, il indiquera une autre lésion que s'il est continu; s'il est aigu, il ne devra pas signifier la même chose que s'il est chronique, etc. Mais nous sommes encore peu riches en faits bien observés et positifs sur ces matières.

§ VII. *Des phénomènes morbides que présente le sommeil, considérés comme signes diagnostiques.*

La majorité des maladies diminuent le sommeil, et, dans toutes, il peut éprouver quelques modifications.

Les maladies aiguës, mais en particulier les phlegmasies de la peau; celles des méninges occasionnent l'insomnie. On peut dire d'une manière générale que l'insomnie est le signe d'une surexcitation cérébrale; cette surexcitation est très-souvent consécutive; elle est produite par la circulation ou l'innervation : ainsi toutes les maladies qui activent la circulation, et nous avons vu qu'il en était peu qui n'eussent cette influence, déterminent l'insomnie.

Toutes celles qui excitent directement l'encéphale par l'intermédiaire des nerfs ou des sens, etc., produisent le même effet. Ainsi les névralgies, les névroses, toutes les douleurs un peu vives empêchent le sommeil.

L'aliénation mentale, l'hypocondrie, l'hystérie, sont souvent précédées ou accompagnées de la perte du sommeil. S'ils dorment, ces malades sont agités de rêves pénibles, effrayants; leur sommeil n'a rien de bienfaisant, de réparateur.

Les anévrysmatiques dorment peu, mal, s'éveillent en sursaut, sont sujets aussi au cauchemar, et sont poursuivis par des rêves sinistres.

L'incube ou cauchemar dépend ordinairement d'une gêne de la circulation, d'une réplétion trop grande de l'estomac, d'une position gênante, etc.

L'augmentation morbide du sommeil, dont nous avons défini les divers degrés, me paraît dépendre constamment d'une compression cérébrale. Le coma, le carus, annoncent en effet un épanchement plus ou moins considérable de sang ou de sérosité dans l'intérieur du crâne. Mais ces phénomènes n'indiquent qu'une lésion générale ou centrale du cerveau. Lorsque l'épanchemement de sang occupe la protubérance annulaire ou le commencement du prolongement rachidien, il existe un état comateux ou plutôt carotique. Lorsque l'épanchement, sans être central, est assez considérable pour comprimer l'hémisphère sain, on observe le même état. Quand il fait irruption dans le ventricule, la même chose arrive.

L'épanchement de sérosité, qui est presque toujours un phénomène consécutif, donne lieu au coma. Cette sérosité s'épanche ordinairement entre la pie-mère et l'arachnoïde; elle se rassemble aussi dans les ventricules; elle succède souvent à l'inflammation aiguë des méninges ou du cerveau : c'est ce que les auteurs ont appelé hydrocéphale aiguë. Elle se montre ordinairement vers la fin de ces maladies. L'épanchement de sérosité, et le coma qu'elle produit, ont plus fréquemment lieu à la suite des maladies chroniques de l'encéphale ou des parties qui l'avoisinent.

Dans la congestion cérébrale forte, le coma ou le carus est le phénomène principal qui caractérise cette affection.

Lorsque le ramollissement du cerveau occupe un hémisphère presque tout entier, il arrive quelquefois que le gonflement qui survient produit la compression du lobe sain, ce qui donne lieu au coma et à d'autres phénomènes généraux.

Le cataphora, le coma, l'apoplexie, la léthargie le carus, ne sont que des symptômes et non des maladies particulières; il était bon de déterminer à quelles lésions d'organes elles appartiennent.

TROISIÈME SECTION.

DES PHÉNOMÈNES MORBIDES DES APPAREILS DE LA GÉNÉRATION, CONSIDÉRÉS COMME SIGNES DIAGNOSTIQUES.

Ce n'est que dans les traités spéciaux qu'on doit entrer dans les détails graphiques sur les accidents syphilitiques primitifs ou consécutifs, dont les organes génitaux des deux sexes sont fréquemment le siége. Les écoulements de toute espèce, leur nature, leur abondance, leur couleur, etc.; les tumeurs, les excroissances de tous genres, les ulcérations, les perforations, les déviations, etc. constituent des maladies particulières, dont nous devons nous abstenir de donner ici la description.

Il est quelques maladies où les organes génitaux de l'homme entrent dans une érection permanente. Le satyriasis a lieu dans la continence trop longtemps observée, dans la mélancolie érotique, dans les convalescences heureuses.

On a vu dans quelques affections, accompagnées d'un épuisement profond, des érections permanentes.

Un priapisme douloureux est souvent un symptôme de la blennorrhagie et du catarrhe aigu de la vessie; on le rencontre dans la néphrite calculeuse, dans la pierre, la goutte, les hémorrhoïdes. Il parait dû, dans ces cas, à l'irritation des vésicules séminales, et à l'afflux des liquides vers ces régions. Les épileptiques, les hypocondriaques, ont quelquefois des satyriasis suivis de pertes spermatiques qui les conduisent au tombeau par l'épuisement qu'elles occasionnent.

Mais que devons-nous penser du priapisme comme signe de quelques maladies du cervelet? Il ne nous répugne nullement de croire qu'une irritation de cet organe ait donné lieu à une érection plus ou moins forte et opiniâtre. Mais peut-on raisonnablement admettre que cette érection ait persisté même après la mort? Nous ne le pensons pas, et on nous permettra d'en douter, jusqu'à ce que nous ayons été témoin d'un fait semblable. Ce phénomène est trop en contradiction avec les lois connues de la nature pour pouvoir être admis sans examen. Nous pensons que les médecins qui l'ont affirmé ne lui avaient pas donné toute l'attention q'uil réclame.

La flaccidité du membre viril accompagne la plupart des maladies, et annonce le peu d'énergie des fonctions génératrices. Cette flaccidité constante est un signe d'impuissance dont les causes sont nombreuses. Elle a lieu dans quelques maladies chroniques du cerveau.

Plusieurs douleurs vives, telles que celles de la néphrite, du calcul vésical, de la névralgie iléo-scrotale, causent le resserrement du scrotum et la rétraction du testicule.

En traitant des sécrétions, nons nous sommes arrêté sur celle du sperme et sur son excrétion; il serait superflu d'y revenir ici.

— Les fonctions génératrices présentent chez la femme un plus grand nombre de phénomènes dignes de l'attention de l'observateur.

Dans les maladies aiguës, il arrive souvent que les règles sont suspendues. On a avancé que cette suspension était constamment le résultat de l'irritation. Il est vrai que cela est souvent ainsi; une phlegmasie s'établit, l'irritation appelle les fluides, produit une véritable révulsion, et le travail, le *molimen* que la nature opérait vers les organes génitaux, est arrêté, détourné, et l'inflammation s'accroît des matériaux des menstrues.

Mais il peut bien se faire aussi qu'une cause agissant directement ou indirectement sur les organes génitaux, supprime l'évacuation périodique et détermine une inflammation consécutive dans un organe qui s'y trouvera disposé.

Dans les affections aiguës de l'utérus, telles que la métrite, le flux menstruel est diminué ou même supprimé.

Cette diminution ou suppression s'observe aussi dans les affections chroniques de cet organe. Le polype, le cancer utérin, les kystes, les productions diverses de l'utérus ou de ses dépendances, sont suivis de mêmes effet.

Les organes sexuels chez la femme sont très-souvent le siége d'hémorrhagies plus ou moins abondantes. Ces ménorrhagies ou métrorrhagies peuvent être idiopathiques ou consécutives; symptomatiques, critiques, etc.; elles sont souvent le résultat d'une simple augmentation d'exhalation, et d'autres fois elles dépendent d'une ulcération profonde, de varices, de polypes, etc. Il est très-important sous le triple rapport du diagnostic, du pronostic, et du traitement de savoir discerner ces cas.

Pendant la grossesse et vers l'accouchement, le décollement accidentel du placenta produit quelquefois des hémorrhagies utérines qui peuvent devenir mortelles.

Toutes les fois qu'après l'accouchement il survient une irritation dans quelque viscère que ce soit, les lochies diminuent ou se suppriment. Ce phénomène fâcheux se présente surtout dans la péritonite puerpérale.

On le voit au contraire, dans quelques circonstances, couler si abondamment, qu'elles menacent l'existence des malades. Les moyens que l'art leur oppose sont quelquefois infructueux.

CHAPITRE III.

DIAGNOSTIC SPÉCIAL ET DIFFÉRENTIEL.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

L'édifice médical se reconstruit enfin sur les bases de l'organisme. Assez long temps il s'est assis sur des fondements ruineux. L'empirisme aveugle, ou des systèmes imaginaires, ont jusqu'ici soutenu ce monument imparfait. Il est temps qu'une raison épurée autant que sévère préside à sa reconstruction. Il est temps que des expériences et des observations exactes et précises soient les seuls matériaux employés à ce grand ouvrage. Les principes inébranlables en sont posés : *Il ne peut exister que des organes et des fonctions.* Toute la régénération médicale est dans ce peu de mots : *des organes sains, des organes malades.* Telle est la première loi qu'on doit profondément méditer si l'on veut parvenir à quelques résultats satisfaisants. Tout ce qui sort de cette loi primitive est vague, incertain, parce qu'il est inconnu.

La médecine organique, admettant que tout dépend dans l'homme vivant d'organes en action, ne peut admettre d'action sans organes. Ces organes pouvant s'altérer, leur exercice s'altère ; et toutes les fois que celui-ci se trouve dérangé, il est nécessaire, indispensable, qu'il existe un dérangement quelconque dans l'organisme. Nous ne saurions trop redire ces vérités, puisqu'elles doivent servir à faire disparaître sans retour ces ténébreuses entités qui ont obscurci la médecine jusqu'à ce jour. On ne devra cesser de faire des efforts que lorsqu'on aura reconnu la *cause organique* de tous les troubles fonctionnels. Mais que nous sommes encore loin du but! Qui nous dira la cause matérielle de l'hypocondrie, de l'hystérie, de l'épilepsie, de la catalepsie? Qui nous découvrira l'altération organique des fièvres intermittentes? A quel génie est-il réservé de nous faire connaître les altérations des fluides? et quel est celui qui précisera la nature des maladies spécifiques? Quel immense horizon est ouvert devant nous!..... La véritable médecine, la médecine organique, est encore au berceau!

Heureusement que nous possédons déjà des richesses très-grandes; et s'il est vrai de dire qu'il existe une foule d'altérations d'organes dont on ne connaît pas les signes caractéristiques, et que d'un autre côté il existe une multitude de lésions fonctionnelles dont on ignore la cause organique, combien n'est pas plus grand le nombre des maladies dont les signes et les altérations d'organes sont parfaitement connus.

La médecine organique a conquis dans ces dernières années la plupart des maladies cérébrales. C'est d'après le principe que nous avons si souvent exposé, *qu'il ne peut exister des altérations des fonctions sans altérations d'organes*, et réciproquement, que nous avons été conduit à chercher les expressions fonctionnelles des lésions cérébrales que les ouvertures de corps nous avaient fait rencontrer, et à chercher aussi les lésions organiques d'où pouvaient dépendre certains phénomènes morbides observés. C'est ainsi que la paralysie a cessé récemment d'être une maladie essentielle, et a reconnu une multitude de causes organiques qui ont été rigoureusement déterminées.

La médecine organique s'empare et s'enrichit des découvertes faites aussi dans ces derniers temps dans les maladies thoraciques et abdominales.

Nous connaissons les phénomènes morbides fonctionnels et organiques de la plupart des phlegmasies, immense champ qui constitue presque à lui seul tout le domaine médical. Nous connaissons aussi les symptômes et les altérations pathologiques de presque toutes les hémorrhagies.

Une multitude d'altérations profondes de tissus, désignées plus particulièrement sous le nom de maladies organiques, nous sont aussi connues et par leurs signes et par leurs caractères anatomiques. Telles sont les richesses de la médecine organique, tels sont les matériaux que nous allons mettre en œuvre. Nous signalerons comme des lacunes que des observations ou des expériences futures devront remplir, la plupart des névroses, les maladies des fluides, les spécificités, qu'il est plus commode de nier que d'expliquer, les fièvres intermittentes, enfin les signes qui doivent caractériser certaines lésions organiques qu'on ne connaît encore qu'anatomiquement, etc.

Un âge nouveau commence pour la médecine. Et si chaque jour nous voyons tomber quelques-uns des langes qui l'embarrassaient, c'est aux principes de la médecine organique que nous devons ces bienfaits. C'est à elle que nous devons cette immense concession, que tous les organes peuvent être primitivement malades ; c'est elle qui a fait généralement sentir le danger de ces principes exclusifs par lesquels on voulait concentrer toutes les maladies dans l'estomac, et ne reconnaître qu'un genre d'affection, l'*irritation*. C'est elle qui a fait ressortir le travers qu'il y avait à ne considérer que comme accessoires tous les autres organes de l'économie, et même à les réduire à rien ; comme si des organes qui exercent des fonctions majeures, qui sont composés d'éléments analogues, et qui sont soumis à des excitants particuliers, ne pouvaient être primitivement malades, indépendamment du ventricule! Aussi l'auteur de ce nouveau système, trop éclairé pour ne pas reconnaître la valeur réelle de ces objections, a-t-il peu à peu admis les vérités que nous proclamions, et ses partisans les plus chauds et les plus bruyants les ont-ils adoptées tout doucement et en chantant toujours victoire, comme de raison. Il ne nous a pas été si facile de faire comprendre que l'irritation ne pouvait être la seule maladie qui pût frapper l'espèce humaine ; il était dur, après avoir déclamé contre les spécificités, d'être forcé de les admettre; cependant, vaincus par l'évidence, le maître et les disciples, toujours plus aveugles et plus exagérés que lui, ont-ils admis aussi les spécificités. Nous pensions qu'il serait plus difficile encore de faire reconnaître que les fluides peuvent être malades, et voilà déjà que les mots de *putridité*, contre lesquels on s'était élevé avec tant de dédain, contre lesquels on avait lancé tant de sarcasmes, se glissent dans les écrits des nourrissons de cette secte! C'est égal, cela s'appelle toujours la médecine physiologique, et c'est toujours d'après ses principes *immuables* qu'on écrit!

C'est encore la médecine organique qui vient de saper sans retour ces forces, ces propriétés vitales, considérées jusqu'ici comme pouvant être malades ; abstractions chimériques, enfants de l'imagination de nos devanciers, au moyen desquels ils se rendaient un compte facile d'une multitude de phénomènes morbides. Qu'il était commode, en effet, de considérer la paralysie comme la diminution ou comme la perte des propriétés vitales, comme la diminution ou la perte du sentiment et du mouvement! Qu'il était commode aussi de regarder l'inflammation comme l'exaltation de toutes les propriétés vitales;

les convulsions comme l'exaltation ou la perversion de la contractilité! etc. Aussi quelle thérapeutique résultait de ces brillantes considérations! Il fallait voir comme on *excitait* de toutes manières les *propriétés vitales* pour faire revenir le mouvement et le sentiment, comme on prodiguait les *anti spasmodiques* pour rétablir l'ordre dans la contractilité pervertie, etc. Grâces à la médecine organique, nous sommes débarrassés de ces dégoûtantes erreurs.

Les lois de la médecine organique sont si claires, si simples, si incontestables, qu'il semble à chacun qu'il n'ait jamais pu en exister d'autres; chacun croit les avoir trouvées, imaginées, ou du moins dès long-temps adoptées; c'est le plus grand éloge qu'on puisse en faire; mais il ne faut que lire les auteurs qui ont écrit précédemment pour voir à quelle distance énorme de ces principes on était encore naguère. On ne réfléchit pas que ces idées, sans cesse professées, finissent par se propager insensiblement, et avec d'autant plus de facilité qu'elles sont plus claires, et qu'alors chacun se les approprie plus aisément et les regarde comme son patrimoine. Demandez à celui qui, hier encore, soutenait avec chaleur l'existence des maladies vitales, des forces vitales, des forces médicatrices, des maladies essentielles, etc., demandez-lui ce qu'il pense de ces principes, il vous répondra qu'*on ne saurait en avoir d'autres;* demandez à celui qui ne reconnaissait partout que gastrite et irritation, quelle opinion l'on doit avoir de la médecine organique, il vous affirmera que c'est absolument la doctrine physiologique. Eh bien! à la bonne heure, si la médecine physiologique renonce à la chimie vivante, préexistante à l'organisation, à la gastrite universelle; si elle reconnait que tous les organes peuvent être malades, si elle admet d'autres maladies que l'irritation; si elle ne rejette pas les irritations spéciales, etc., etc., ce sera, si vous voulez, la médecine physiologique; mais avouez au moins que ce n'est pas la médecine physiologique de 1820. Véritable Protée, cette médecine a pris successivement, depuis quelques années, toutes les formes et toutes les couleurs. Félicitons-nous aujourd'hui si, grâces à ces modifications, elle se rapproche enfin de la médecine organique.

Les jeunes gens, dont l'esprit est toujours juste lorsqu'il n'est pas influencé par des déclamations mensongères, ont senti toute la vérité des principes que nous professons; ils les reconnaissent, les adoptent, les proclament; pour eux, il n'est pas plus de maladies vitales que de maladies essentielles; pour eux, les symptômes groupés dans un certain ordre ne forment plus des particulières maladies, il faut qu'ils puissent être rattachés à une lésion organique quelconque; pour eux, enfin il existe plusieurs maladies et plusieurs traitements. Honneur leur soit rendu, puisqu'en dernière analyse, devant remplacer la génération actuelle, la vérité doit triompher et régner par eux!

Les lois de la médecine organique, qui consiste à tout faire dépendre de l'organisation, ont cependant déjà subi des objections, même de la part de ses partisans. Voici les plus présentes :

Tous les phénomènes fonctionnels morbides dépendent, dites-vous, d'une modification organique : eh bien! soit.

« Mais les altérations organiques qui se manifestent dans les maladies ne sont elles-mêmes que des effets : l'hépatisation du poumon n'est pas la pneumonie, puisque la pneumonie existe déjà, que l'hépatisation du poumon n'existe pas encore; la rougeur, l'épaississement, etc., de la membrane muqueuse de l'estomac ne sont pas la gastrite, ce ne sont que des effets de la gastrite; il existe autre chose avant ces phénomènes organiques; vous ne faites donc que reculer la difficulté; vous ne l'avez pas encore levée. Quelle est la cause qui détermine toutes les lésions organiques? Pourquoi surviennent-elles? Jusqu'à ce que vous m'ayez dit pourquoi et comment se forment les diverses altérations des organes, quel est l'argent primitif qui les détermine, je regarderai vos prétendus progrès comme nuls. Dès le moment où il existe autre chose avant ce qui tombe sous les sens, et qu'il est impossible de ne pas reconnaître que cette autre chose existe, il est permis de croire qu'il reste des progrès à faire, et que la médecine n'a pas encore atteint son dernier degré de perfection. »

Nous voici retombés dans le dédale des causes prochaines. L'inquiétude, qui agite l'esprit humain, ne lui permet jamais de s'arrêter. La nature, en donnant des sens à l'homme, semble lui avoir dit : « Contente-toi de savoir tout ce que les sens t'apprendront; il n'y aura de certain pour toi que ce qu'ils pourront te faire connaître; toutes les fois que tu cesseras de les prendre pour guides, tu tomberas dans des erreurs grossières et funestes. Tout ce qu'ils ne pourront pas t'apprendre est pour jamais dérobé à ta connaissance, etc., tu n'en as pas besoin. Je t'ai donné tout ce qu'il te faut pour ta conservation : fais usage de tes sens, perfectionne-les, aide-les, ils t'instruiront assez; mais garde-toi de vouloir aller au-delà, tu ne marcheras plus que sur un chemin semé de précipices, et chacun de tes pas sera marqué par une chute. »

Ce que nous apprennent nos sens doit donc nous suffire et nous suffit en effet. Hors les sens il n'y a plus que conjecture, et conséquemment qu'incertitude. Pourquoi donc, si nous n'avons que ces moyens de nous instruire, vouloir sans cesse en employer d'autres, qui ne sont propres qu'à nous égarer? Pourquoi n'avons-nous pas la sagesse de savoir ignorer ce qu'il ne nous est pas donné d'apprendre?

Les causes prochaines des maladies ne nous sont pas plus inconnues que les causes prochaines de tous les autres phénomènes de la nature : et nous ne voyons pas le botaniste rechercher pourquoi la rose présente tel parfum ou telle couleur; pourquoi l'œillet offre telle forme ou telle odeur plutôt que telle autre; pourquoi la cerise n'a pas la saveur de la pêche; pourquoi la culture développe cette propriété, et non pas celle-ci; pourquoi et comment elle rend doubles les fleurs, etc. Sans doute il serait mieux de connaître ces mystères de la nature; mais s'ils nous ont été cachés jusqu'à ce jour, il est vraisemblable qu'ils resteront encore long-temps ignorés, du moins ne sera-ce pas par des spéculations ou des conjectures qu'on y parviendra jamais. D'ailleurs cela n'empêche pas de jouir des biens que nous offrent ces productions de la nature.

Si ces phénomènes occultes sont impénétrables dans des êtres d'une organisation simple; si des phénomènes bien moins compliqués encore nous échappent; si nous ne pouvons pas savoir pourquoi tel acide se combine avec tel alcali, pourquoi il abandonne une base pour se porter sur une autre, pourquoi il forme des rhomboïdes avec l'une et des prismes triangulaires avec une autre (car dire que c'est le résultat de l'affinité, ce n'est pas apprendre grand'chose); si des phénomènes si simples échappent à notre intelligence, pourquoi vouloir que ceux qui président à l'organisation la plus complexe que nous connaissions puissent être mieux connus?

Mais, me répondra-t-on, vous ne faites là qu'avouer votre ignorance, et vous abondez complètement dans le sens de l'objection. Sans doute; mais cette difficulté n'en sera plus une si nous parvenons à démontrer que cette connaissance est inutile, que l'on peut très-bien s'en passer, que sa recherche entraîne de graves dangers, et que ce qu'il importe le plus de connaître c'est le genre de maladie et son espèce, enfin son diagnostic.

Ce qui importe le plus, c'est d'être utile au malade, c'est de le guérir ou de le soulager. Connaître le mécanisme par lequel la nature opère l'adhérence d'une plaie fera-t-il qu'on la réunira plus exactement? Connaître celui de l'exhalation purulente fera-t-il qu'on traitera plus convenablement un plegmon qui suppure? Savoir comment la perspiration cutanée répercutée opère une pneumonie fera-t-il qu'on traitera mieux une pneumonie? Enfin prenons pour exemple telle maladie que l'on voudra, certes il sera plus satisfaisant pour l'esprit de connaître la manière dont la nature agit pour la produire; mais cela conduira-t-il à un traitement plus rationnel? Je ne le pense pas. Toutes ces questions ressemblent à celles-ci : Pourquoi tel homme est-il blond, tel autre brun, tel autre rouge? Pourquoi chaque organe trouve-t-il dans le sang les matériaux de sa réparation? Par quel éclectisme le cerveau fait-il du cerveau, le foie du foie, ainsi de suite pour toutes les parties du corps qui se reproduisent? Tous ces phénomènes organiques primitifs doivent être admis comme principes; nous ne pouvons commencer à observer qu'à partir de leur existence.

Il n'y aurait aucun mal à se livrer à la recherche des causes prochaines; si cette recherche ne conduisait à considérer les spéculations auxquelles on se livre comme des réalités, et à traiter les malades en conséquence. L'application peut en être si grave, si dangereuse, puisqu'elle compromet l'existence des hommes, qu'on ne saurait s'élever avec trop de force contre les illusions décevantes qu'elle fait naître. Il est vraiment curieux de voir à quels pitoyables écarts ces sortes de lucubrations ont conduit nos devanciers.

Celui-ci, ne voyant dans les maladies que des humeurs putrides, prodigue les anti septiques; celui-là chasse, par des purgatifs réitérés, les humeurs peccantes : un troisième déclare la guerre au sang; un quatrième, croyant avoir vu au microscope des myriades d'animalcules dans le sang malades, s'imagine avoir vu aussi dans les plantes d'autres myriades d'animaux ennemis des premiers, qui, mis en présence, se battent avec eux, et finissent par les détruire; un autre, voyant l'oxigène, l'hydrogène, le calorique ou l'azote en excès ou en défaut dans les maladies, ne balance pas à conseiller toutes les préparations capables de rétablir l'équilibre, etc., etc. Nous n'en finirions pas si nous voulions citer toutes les erreurs déplorables dans lesquelles sont tombés les auteurs qui se sont livrés à la recherche des causes prochaines. En voilà un échantillon sans doute bien capable d'en faire sentir tout le danger, surtout si l'on vient à savoir que ces systèmes ont tour-à-tour régné avec une sorte de fureur.

Ainsi la connaissance de l'agent primitif des modifications organiques ne pourrait être d'aucune utilité réelle (à supposer qu'on le découvrît), et sa recherche conduit infailliblement, par les erreurs qu'elle enfante, à des résultats funestes; trop heureux lorsqu'ils ne sont que ridicules!

Maintenant cet agent producteur des modifications organiques ne peut être qu'organique lui-même; car, dans la machine humaine, il ne peut y avoir rien que de tel. Pour produire la pneumonie, la gastrite, la variole, la cause prochaine doit être dans l'organisme. Est-elle dans les fluides, est-elle dans l'agent nerveux, et quelle est-elle? Voilà ce que nous ignorons; voilà ce qu'il est inutile et dangereux de chercher. Mais si l'on y arrive jamais, ce ne pourra être qu'à l'aide des principes de la médecine organique, ce ne sera qu'en cherchant attentivement les divers changements survenus dans les organes.

Combien est plus sûre, plus satisfaisante et plus utile l'étude du diagnostic! Si les altérations pathologiques ne sont que des effets, ce sont les plus importants, les seuls caractéristiques des maladies; les désordres fonctionnels ne peuvent être que secondaires, et jamais ne peuvent servir de base à une thérapeutique rationnelle.

Pour nous, la maladie commence lorsqu'elle a déterminé quelque modification organique; jusque là, nous ne la connaissons pas, nous ne pouvons pas la traiter. Mais dès le moment qu'elle a produit quelque altération organique, alors nous pouvons la reconnaître, la caractériser, la différencier, et par conséquent la traiter d'une manière rationnelle, et prédire quelle en sera la marche et l'issue. Dès lors, n'est-ce pas là le véritable phénomène qui réclame toute notre attention.

Mais, nous dit-on d'autre part, ce phénomène organique que vous exaltez, ce phénomène que vous regardez comme le plus important, comme le seul caractéristique, pourquoi le serait-il plus que les phénomènes morbides fonctionnels? Ceux-ci ne doivent-ils pas suffire à caractériser les maladies? Et vous-même, lorsque vous concluez à une altération d'organe, n'y êtes-vous pas conduit par l'exploration des symptômes? Si des symptômes, groupés d'une certaine manière, dans un certain ordre, sont pour vous l'indice d'une altération d'organe, ils seront pour nous le signe d'une maladie quelconque; et si l'expérience nous apprend que ce groupe de symptômes est avantageusement combattu par une certaine méthode thérapeutique, qu'avez-vous besoin de connaître l'altération organique qui les produit? Telle était la manière d'Hippocrate, de tous les médecins de l'antiquité, et de tous ceux de nos jours qui ne font pas d'ouvertures de corps.

Nous croyons avoir suffisamment prouvé dans le premier volume de cet ouvrage, qu'il était impossible d'avoir une idée juste des maladies lorsqu'on se bornait à l'observation des symptômes, pour n'avoir pas besoin de revenir sur ce sujet. Cette objection, pour être l'inverse de la précédente, n'en est pas plus fondée pour cela. Pour sentir combien sont vagues les notions fournies par les symptômes, il ne faut qu'arrêter un moment ses regards sur la satisfaction que fait éprouver à l'esprit la connaissance précise des altérations organiques, jointe à celle des altérations fonctionnelles. Pour sentir combien cette connaissance est utile, il ne faut que comparer la médecine antique et la médecine moderne. Quelque exactitude que l'on porte dans l'esprit d'observation, il est impossible, sans cette connaissance, de distinguer une multitude de nuances dans les phénomènes fonctionnels; et confondant entre eux les phénomènes sympathiques avec les phénomènes locaux, on est toujours conduit à reconnaître des maladies générales essentielles, enfin des erreurs qui entraînent des conséquences funestes. Les chapitres du Pronostic et des Indications thérapeutiques feront encore mieux ressortir ces vérités.

Rien n'est donc plus important à nos yeux que de distinguer, par des signes certains, les maladies les unes des autres. Nous allons en conséquence nous efforcer de tracer aussi exactement qu'il nous sera possible les différences essentielles qui les caractérisent.

Il est deux manières de procéder dans l'exposition des phénomènes morbides. Dans l'une on décrit d'abord les altérations que présentent les organes, depuis leur invasion jusqu'à leur terminaison; on présente ensuite les phénomènes fonctionnels correspondants. Cette méthode serait bien la plus satisfaisante, et de beaucoup préférable à toute autre, mais la nature ne nous permet pas de suivre ainsi les dérangements intérieurs des viscères, nous ne pouvons les examiner que lorsqu'ils ont occasionné la mort des malades; il en est un grand nombre qui ne font jamais périr. Nous devons cependant dire, dans l'intérêt de l'art, que nous connaissons quelques maladies dans tous les degrés de leurs altérations organiques. La mort nous fait souvent voir dans le même organe divers modes d'altérations qui indiquent tous les degrés de l'affection locale : on aperçoit dans un point une simple rougeur; plus loin, de l'épaississement ou de la dureté; plus loin, de la suppuration, enfin on voit quelquefois la maladie faire des progrès rétrogrades, lorsque le malade a succombé dans sa convalescence par un accident quelconque.

On connaît aussi quelques altérations organiques non mortelles par elles-mêmes, lorsqu'elles se sont montrées en même temps que les maladies plus graves qui ont fait périr le malade. Mais ces données ne sont pas assez nombreuses pour faire la base de l'exposition des maladies.

Il est d'ailleurs des altérations organiques dont nous ignorons les signes caractéristiques. Nous ne parlons ici que des altérations locales qui nous sont connues; mais combien n'en existe-t-il pas d'autres, ainsi que nous le verrons bientôt, qui nous sont entièrement inconnues! Cette méthode est bien celle à laquelle tend la médecine organique; mais le moment de la mettre en usage n'est pas encore arrivé. Il faut donc se résoudre à employer la méthode ancienne, qui consiste à exposer les désordres fonctionnels d'abord; ensuite les modifications organiques correspondantes, lorsqu'elles sont connues.

Nous traiterons d'une manière générale des diverses classes des maladies, puis des maladies en particulier. Nous exposerons d'abord celles dont le siége est bien connu, ensuite celles dont le siége est seulement probable; nous finirons par celles dont le siége est totalement ignoré.

Pour atteindre plus sûrement le but que nous nous proposons dans cette partie de notre ouvrage, il importe de rapprocher les unes des autres les maladies dont les symptômes offrent le plus de ressemblance. Si pour l'étude de la pathologie il est bon de les classer dans un ordre méthodique qui les groupe d'après certaines affinités, ici cette classification ne saurait être conservée. Dans une nosographie, il peut être très-philosophique de réunir ensemble toutes les phlegmasies par ordre de tissus, toutes les hémorrhagies, toutes les névroses, etc.; une pareille classification ne peut être adoptée lorsqu'il s'agit de faire voir en quoi les maladies diffèrent les unes des autres; nous sommes pour ainsi dire malgré nous ramenés vers l'*ordre organique et fonctionnel.*

Si lorsqu'un organe est lésé la fonction que cet organe exécute ou à laquelle il concourt doit être aussi lésée, nul doute que la plus grande ressemblance qui puisse se rencontrer dans les maladies ne doive dépendre de l'organe qui souffre; car, quelle que soit la nature de la lésion, la même fonction sera toujours altérée.

Ce sera donc par organes qu'il faudra classer les maladies dont la ressemblance peut imprimer au diagnostic quelque difficulté. Il est en effet impossible de confondre les maladies de la tête et celles de la poitrine ou de l'abdomen. Les erreurs de diagnostic n'arrivent ordinairement qu'entre affections de même organe ou d'organes voisins les uns des autres, entre organes qui concourent à une même fonction. La nature de la maladie a beau être la même, elle diffère beaucoup si elle attaque deux organes différents. Il existe une différence très-grande entre la bronchite et la gastrite, différence telle que jamais personne ne les confondra; cette différence est bien moins marquée entre la gastrite et le cancer de l'estomac, quoique la nature de la maladie soit bien différente.

En classant les maladies d'après leur nature, on a sans doute suivi la méthode la plus avantageuse sous le rapport du traitement; car il est indubitable que la nature des affections ne fournisse les bases, au moins principales, de leur thérapeutique. Une phlegmasie, par exemple, est toujours une phlegmasie, quel que soit l'organe affecté; et, sous le rapport des grandes données curatives, c'est le point le plus important à reconnaître. Le siége de la phlegmasie imprimant néanmoins des modifications très-importantes au traitement, cette connaissance ne peut être impunément négligée; et c'est en rapprochant les maladies d'un même organe, c'est en cherchant à faire ressortir les caractères qui les différencient, qu'on atteint ce but intéressant.

Posons quelques exemples. Il existe une altération quelconque dans le poumon; quel sera le premier phénomène fonctionnel qui devra se manifester? Ne sera-ce pas le dérangement de la respiration? ne sera-ce pas ce dérangement qui se montrera également dans toutes les maladies du poumon, et qui pourra les faire confondre? Il existe une altération circonscrite dans une portion du cerveau; quels seront les phénomènes fonctionnels que nous devons observer d'abord? Ne sera-ce pas la diminution ou la perte du mouvement, du sentiment, ou de quelque fonction sensoriale, etc.? Ce sera donc l'organe lui-même qui fournira les maladies qui se ressemblent le plus, ou bien ce seront les organes voisins. Ce que nous devons faire n'est donc, pour ainsi dire, qu'un diagnostic anatomique. Nous allons examiner les maladies organes par organes.

Nous voici parvenus naturellement à l'exposition d'une pathologie organique. Malheureusement la science n'est pas encore assez avancée pour que toutes les maladies soient comprises dans cet ordre. Il existe en médecine un assez grand nombre d'affections dont le siége n'est pas connu; il en est dans lesquelles le siége étant fortement présumé, on ne connaît cependant nullement la nature de l'altération qui les produit. C'est une lacune immense et bien regrettable dans l'art de guérir, et d'autant plus malheureuse, qu'il ne sera peut-être jamais possible de la remplir. Sans vouloir poser les bornes à la puissance de l'esprit humain, on peut présumer qu'il existe des modifications organiques qui ne sont nullement de nature à tomber sous nos sens; il en est d'autres qui doivent nécessairement disparaître après la mort.

Citons encore quelques exemples.

Lorsque vous contractez les muscles d'un membre pour le mouvoir, il se passe bien certainement

dans le cerveau une modification organique quelconque, par laquelle l'agent nerveux, quel qu'il soit, est envoyé, au moyen des nerfs, dans les muscles qui doivent se contracter; cela est indubitable. Eh bien, immédiatement après la contraction, cette modification cérébrale doit cesser. Maintenant, si une maladie périodique est caractérisée par des mouvements insolites, désordonnés, involontaires, que doit-il se passer dans le cerveau? Ne sera-ce pas une modification semblable à la première, c'est-à-dire susceptible de disparaître après l'accès? Si telle est, comme tout porte à croire, l'espèce d'altération organique qui cause l'épilepsie, il faut bien se résoudre à l'ignorer toujours. Je dis que tout porte à le croire, car je considère les altérations cérébrales signalées par les auteurs, comme l'effet et non comme la cause des convulsions. D'abord il faut mettre de côté, comme cause organique des convulsions épileptiques, toutes les lésions locales du cerveau. L'épilepsie est une maladie générale de la portion locomotrice de l'encéphale; ce qui le prouve, c'est que les symptômes sont généraux : une lésion locale ne peut être la cause de ces phénomènes généraux, et si elle les produit, ce ne peut être qu'en déterminant une modification générale semblable à celle que nous avons signalée tout à l'heure. Ce qui prouve plus encore que les lésions locales ne sont pas la cause organique de l'épilepsie, c'est qu'elles surviennent *le plus ordinairement* sans que l'épilepsie ait lieu, et que d'un autre côté, l'épilepsie arrive le plus ordinairement aussi chez des sujets qui n'ont point ces altérations locales. Ainsi je crois que l'épilepsie caractérisée par des phénomènes généraux doit être due à une altération générale de l'appareil qui commande le mouvement. C'est dans ce sens que nous avons cru pouvoir le considérer comme dépendante d'une modification de l'agent locomoteur lui-même; pure conjecture que nous nous sommes permise, qui n'est fondée que sur le raisonnement, et que nous nous garderons bien de donner pour autre chose. Maintenant les altérations générales trouvées dans le cerveau des épileptiques me paraissent l'effet des convulsions, parce que l'on conçoit que ces convulsions doivent déterminer l'afflux du sang vers le cerveau, et, par suite, des congestions et des inflammations souvent mortelles. Ce qui le prouve encore, c'est que, dans la très-grande majorité des cas, nous voyons ces congestions et ces inflammations sans mouvements convulsifs, et réciproquement. On me dira peut-être que ceci est contraire aux lois de la médecine organique. Pas du tout. Je crois qu'il existe une altération; mais je ne crois pas que ce soit aucune de celles qu'on a signalées jusqu'à ce jour; et je pense qu'il sera très-difficile, pour ne pas dire impossible, de la reconnaître jamais.

Nous devons en dire autant de l'hystérie, de la catalepsie, de l'hypocondrie, etc., etc., objet éternel de regret pour nous! Heureusement que ces maladies, comparées à celles dont nous connaissons la cause organique, sont infiniment peu nombreuses, et surviennent plus rarement.

DIFFÉRENCES GÉNÉRALES DES MALADIES.

Les maladies diffèrent entre elles par un si grand nombre de circonstances, qu'on peut dire qu'il n'en est pas deux de parfaitement semblables sous tous les rapports : aussi a-t-on dit avec justesse qu'il n'existait réellement en médecine que des individus, et que, relativement à la thérapeutique, il n'y avait, que l'*à-propos*. Ces propositions sont vraies dans toute la force de l'expression; elles laissent une immense carrière au génie du médecin, qu'elles affranchissent pour ainsi dire des règles, et laissent agir d'après ses naturelles inspirations. Ces propositions, en reculant pour ainsi dire à l'infini les bornes de l'art, seraient bien propres à effrayer de son immensité les hommes qui se proposent de l'embrasser, si l'on n'était parvenu à poser des principes fondamentaux qui en resserrent l'étendue, en facilitent l'étude et l'application.

A la vérité, malgré les efforts tentés par tant de grands hommes, l'innombrable variété des matériaux qu'ils avaient à mettre en œuvre, l'imperfection de beaucoup d'entre eux, n'ont pas permis d'élever encore un édifice irréprochable.

Mais quand on pense que les maladies varient par leur siége, par leur étendue, par leur intensité, par leur nature, par leur marche, par leur durée, par leurs causes, par leurs symptômes, par leurs caractères organiques; qu'elles varient suivant l'âge, la constitution, le sexe, les professions, les habitudes, les idiosyncrasies, les goûts et les antipathies, etc., ce n'est plus de n'avoir pas atteint la perfection qu'on doit s'étonner, mais bien d'être parvenus au point satisfaisant où nous sommes arrivés.

Les maladies peuvent occuper toutes nos parties quelques-unes peuvent les affecter toutes; un certain nombre ne sont propres qu'à certains organes ou appareils; enfin il en est qui sont fixes, d'autres qui sont mobiles et passent avec la plus grande facilité d'un lieu dans un autre, etc. Sous le rapport du siége, les maladies offrent donc la plus grande différence. Le but principal et constant de cet ouvrage étant de faire sentir cette différence, nous croyons inutile d'y insister davantage ici.

Nul doute qu'il n'y ait aussi une très-grande différence entre les maladies sous le rapport de leur étendue : bornée dans un espace circonscrit, ou envahissant l'économie animale tout entière, une maladie, quoique de même nature, ne saurait être considérée comme identique. Il en résulte des différences majeures et dans le pronostic et dans le traitement.

L'intensité de la maladie apporte des modifications non moins importantes.

Leur nature mérite sous ce rapport de fixer particulièrement notre attention. Mais que doit-on entendre par ce mot de nature des maladies? Qu'est-ce qui caractérise la nature des maladies? Comment peut-on s'élever à cette connaissance? Y a-t-il des maladies de plusieurs natures, ou bien n'y a-t-il qu'une nature de maladies, modifiée par diverses circonstances, etc.? Arrêtons-nous un moment sur ces importantes questions.

Nous avons dit que nous ne croyions pas qu'il fût donné à l'homme de pénétrer l'essence des maladies, de connaître leur nature intime; ce sont là des secrets qui ne nous seront sans doute jamais dévoilés : jamais nous ne saurons quelle est l'essence de la variole, de la rougeole, du zona, etc; mais quoique cette connaissance nous soit à jamais refusée, nous pouvons parvenir à savoir qu'elle existe qu'elle n'est pas la même dans toutes, et c'est un point capital. L'exemple déplorable de ceux qui ont voulu chercher la cause prochaine des maladies, le ridicule ineffaçable dont ils se sont couverts, nous éclairent trop sur les dangers qu'il y a à quitter le sentier de l'observation, à se laisser entraîner par les charmes de l'imagination, pour que nous soyons tentés de nous livrer à l'investigation d'un sujet qui se dérobe à nos sens. Aussi n'est ce que par leur

témoignage que nous allons nous efforcer de répondre aux questions que nous venons de poser. Laissant donc de côté toutes les chimères débitées jadis et de nos jours sur l'essence des maladies, voyons par quel moyen on peut reconnaître qu'elles diffèrent par leur nature, et sur quelle base on doit s'appuyer pour s'élever à cette connaissance.

Ne pouvant déterminer d'une manière rigoureuse, par les seuls efforts de la pensée, quelle est la nature intime des maladies, ne pouvant même y parvenir à l'aide de nos sens, il est évident que nous sommes bornés à chercher les caractères physiques qui peuvent établir une différence dans la nature des maladies, ou à faire connaître son identité.

Ces carctères ne peuvent être que ceux que fournissent les phénomènes morbides, fonctionnels et organiques. Je ne vois dans les maladies de différences fondamentales que celles qu'on tire de ces deux ordres de phénomènes. Lorsqu'un certain nombre de ces phénomènes se montreront dans un certain ordre, avec des rapports constans entre eux, dépendants les uns des autres, se succédant d'une manière rigoureuse, présentant toutefois quelques modifications suivant des circonstances prévues, telles que celles de leur siége, de leur cause, de leur durée, de leur marche, etc., nous admettrons que ces phénomènes observés ainsi constitueront une maladie d'une nature donnée : en même temps si nous observons des phénomènes d'un autre genre, se montrant indépendants des précédents; dans un ordre différent, dans un autre mode de succession, dans des circonstances diverses, etc., nous reconnaîtrons que ce nouvel ordre de phénomènes constitue une maladie d'une autre nature, sans nous inquiéter de l'essence qui les produit.

Il est fâcheux d'être obligé de descendre encore à prouver qu'il existe plus d'une maladie, mais c'est un malheur attaché à l'époque où nous écrivons. Les efforts violents qu'on a faits pour ramener tous les phénomènes morbides organiques et fonctionnels, au seul travail imflammatoire, sont encore trop récents, ils ont été trop vivement accueillis par quelques jeunes écrivains, ils sont trop souvent encore reproduits dans leurs écrits, pour que nous puissions nous taire sur ce sujet. Notre silence passerait pour une concession.

Nous éprouvons une telle satisfaction à rendre justice, que nous commençons par déclarer que nos observations ne sont plus applicables à l'auteur de l'*Examen des doctrines régnantes;* il a été le premier à se rendre aux objections pressantes qui lui ont été adressées, et il n'a pas craint de revenir sur ses pas dès qu'il s'est aperçu qu'il s'était trop avancé.

Ainsi, il reconnaît aujourd'hui qu'il existe des maladies par irritation, et c'est le plus grand nombre; que parmi les irritations il est une multitude de différences; qu'il existe des maladies spécifiques, et que l'irritation n'est pas toujours fixée dans le ventricule;

Qu'il existe des maladies des fluides, le scorbut;

Qu'il existe des maladies par faiblesse;

Enfin qu'il existe des *névropathies.*

Ce système ainsi modifié est bien plus raisonnable que celui auquel il a justement renoncé. Il s'approche beaucoup des principes que nous professons depuis douze ans. Ce n'est donc pas à ce médecin que peuvent s'adresser aujourd'hui nos reproches, mais bien à ces jeunes prosélytes qui, entraînés par la simplicité des premières idées du professeur du Val-de-Grâce, les ont adoptées, publiées, soutenues, prônées, et les soutiendront et les prôneront toute leur vie, parce que, par une déplorable disposition de l'esprit humain, on soutient avec bien plus d'opiniâtreté les opinions qu'on a adoptées que celles qu'on a créées; ils les soutiendront par la raison qu'ils les ont avancées et soutenues. Et tandis que toute la génération se rangera du côté de la médecine organique, ils se battront encore les flancs pour la médecine dite physiologique. Vieux avant le temps, ces jeunes auteurs se trouveront ainsi isolés au milieu de leurs confrères, et présenteront un air d'étrangeté dont eux seuls ne s'apercevront pas, parce qu'ils s'imagineront toujours régir l'empire médical.

Ces auteurs écrivent encore qu'il n'existe qu'une seule maladie, que cette maladie est l'irritation, que tout ce qui n'est pas irritation n'est rien, et que le siége primitif on consécutif de cette irritation est dans l'estomac ou les intestins. Pour ne pas tomber dans des répétitions inutiles, nous renverrons le lecteur à ce que nous avons dit à ce sujet dans notre premier volume; nous pensons qu'on aura pu y puiser la conviction qu'il existe plus d'une maladie.

Pour prouver qu'il n'existait qu'une maladie, ces auteurs ont été obligés de donner au mot irritation une extension prodigieuse; ils ont commencé par dire que les caractères attribués à la phlegmasie n'étaient pas nécessaires pour que cette maladie existât. Ils ont fait voir, ce que personne n'ignorait d'ailleurs, qu'il existait des phlegmasies qui manquaient de la plupart de leurs signes caractéristiques; ils ont fait voir que des maladies considérées jusqu'à ce jour comme non inflammatoires offraient beaucoup de phénomènes phlegmasiques; ils en ont conclu que les unes et les autres étaient des inflammations; enfin, regardant toutes les maladies comme des *irritations,* ils ont fait ce dernier mot rigoureusement synonyme de *maladies.*

Mais d'abord toutes les maladies sont-elles des irritations? En second lieu, si l'on parvient à démontrer que telle est leur nature, quel bien peut-il en résulter pour la science et l'humanité?

Une source éternelle de discussions interminables; c'est, comme on l'a dit souvent, qu'on ne définit pas ou qu'on définit mal les mots que l'on met en usage. Si dès le principe on eût défini ce qu'on entendait par inflammation, nous n'en serions plus aujourd'hui à savoir si telle et telle maladie est ou n'est pas une inflammation. Nous saurions ce que nous devons entendre par irritation et par phlegmasie; si ce sont deux choses différentes, si ce sont deux choses identiques ou des degrés différents d'une même chose. Mais voulant embrasser dans la phlegmasie le cadre entier des maladies qui frappent l'espèce humaine, on s'est bien gardé de donner à ce mot un sens précis quelconque, parce que tout ce qui n'aurait pas été compris dans ce sens n'aurait pas été regardé comme inflammation; c'est ce que ne voulaient pas les réformateurs modernes. Peut-être aussi qu'embarrassés par l'innombrable diversité des attributs de l'inflammation telle qu'ils la concevaient, ils ont désespéré de pouvoir la définir.

Quoi qu'il en soit, malgré les efforts tentés par quelques médecins, il faut convenir que la meilleure définition de l'inflammation est celle que nous ont laissée les anciens.

Rejetant donc les définitions métaphysiques données par quelques auteurs, qui ont considéré l'inflammation comme l'exaltation des propriétés vitales, ou comme on l'a dit plus récemment, de quelques propriétés vitales, parce que nous regardons ces abstractions comme propres à faire rétrograder l'art

en ouvrant le champ aux hypothèses, nous nous bornerons à dire que les premiers phénomènes locaux qui se manifestent à la suite de l'application d'une cause irritante sont la douleur de la partie, sa chaleur, sa rougeur et sa tuméfaction. Ce sont là les premiers effets anatomiques qui frappent nos sens. Ces effets en déterminent d'autres dans l'organe qui en est le siége, et qui varient selon cet organe; le plus important est l'altération de la fonction à laquelle préside cet organe. En second lieu, l'inflammation d'un organe détermine des dérangements plus ou moins marqués dans les organes ou les fonctions avec lesquels celui-ci se trouve en relation plus ou moins directe. Les phénomènes les plus constants de l'inflammation sont la chaleur générale, un accroissement dans les actes circulatoires, la soif, etc.

Ainsi toutes les fois qu'un individu présentera les phénomènes que nous venons d'exposer, il sera atteint d'une inflammation, Cette description succincte caractérise donc l'état inflammatoire; mais il s'en faut de beaucoup que toutes les inflammations se présentent avec ce cortége de symptômes. Il peut arriver aussi que cette réunion de phénomènes existe sans qu'il y ait inflammation.

Lorsque, par une cause quelconque, la circulation est accélérée dans un point de l'économie, qu'il existe une congestion sanguine, on observe dans cette partie de la rougeur, de la douleur, de la tuméfaction, de la chaleur, et l'on ne peut pas dire que cette partie soit enflammée. Si l'on tient pendant quelque temps, auprès d'un foyer vif, quelque partie du corps, elle rougit, se gonfle, devient chaude et douloureuse. Cette partie n'est cependant pas enflammée, elle est seulement congestée. Pour qu'il y ait inflammation, il faut donc qu'il existe une disposition particulière dans la partie malade. Il est très-vraisemblable que cet état particulier, inappréciable à nos sens, gît dans le système nerveux, qui doit éprouver la première modification produite par la cause irritante. Ici, comme pour beaucoup d'autres points de la science, nous devons déplorer l'insuffisance de nos moyens investigateurs, incapables de nous faire reconnaître et déterminer ce que notre raison nous oblige d'admettre. Ainsi l'apparence de l'inflammation peut exister, et néanmoins cette maladie n'exister point: telle est la simple congestion des organes.

On a établi des différences entre les caractères anatomiques de la congestion et ceux de l'inflammation. On a dit que la rougeur produite par celle-ci était uniforme, ressemblait davantage au mélange intime du sang avec le tissu de l'organe enflammé, tandis que dans la rougeur de la congestion on pouvait distinguer les vaisseaux capillaires, plus remplis de sang, plus développés, plus rouges que dans l'état ordinaire. On a dit aussi que le sang disparaissait plus facilement à la pression dans ce dernier cas que dans le précédent. Ces caractères sont exacts dans la majorité des cas; on peut ajouter que la rougeur inflammatoire persiste toujours plus long-temps que l'autre. La douleur est moins aiguë, moins vive dans la simple congestion : ce n'est qu'une lourdeur, qu'une gêne plutôt qu'une véritable douleur. Ainsi des autres phénomènes.

Mais l'inflammation ne présente pas toujours, il faut l'avouer, les caractères que nous lui avons attribués, et ces caractères varient suivant l'organe affecté, suivant la période de la maladie, sa cause, sa marche, son intensité, etc.; circonstances que nous examinerons bientôt avec quelques détails, et qu'il faudra bien déterminer pour distinguer tout ce qui est de tout ce qui n'est pas inflammation.

Maintenant, si nous trouvons des altérations organiques et fonctionnelles qui s'éloignent manifestement des caractères que nous venons d'exposer, pourrons-nous les regarder comme l'effet d'une même maladie?

Un individu parfaitement bien portant, n'éprouvant aucune douleur, parle tranquillement dans un salon; tout-à-coup il est pris d'un écoulement de sang, plus ou moins abondant, par les narines; cet individu a-t-il une inflammation de la pituitaire? Non, sans doute. Eh bien! pourquoi cette exhalation n'aurait-elle pas lieu sur toutes les membranes muqueuses, et même dans le tissu des organes, etc., sans inflammation préalable?

Lorsque les menstrues apparaissent, est-ce à la suite aussi d'une phlegmasie périodique? Et si cet écoulement sanguin peut avoir lieu sans inflammation dans quelques circonstances, pourquoi n'arriverait-il pas ainsi dans d'autres?

Notre ami le docteur Lefebvre, dès 1812, a publié une dissertation très-intéressante, que nous avons déjà citée, sur la ressemblance des hémorrhagies et des phlegmasies; mais, tout en admettant des points nombreux de contact, tant sous le rapport des symptômes que sous celui du traitement, cet ingénieux auteur n'a pas prétendu qu'une hémorrhagie fût une inflammation.

Une douleur vive et subite, portée tout à coup à son plus haut degré d'intensité, se manifeste dans l'abdomen et disparaît presque aussitôt : sera-ce une gastro-entérite, une péritonite, une inflammation enfin? Reconnaissez-vous là les caractères d'une phlegmasie? Une douleur du même genre peut se montrer dans d'autres parties; et n'être pas davantage le symptôme d'une inflammation. Dans tous ces cas, si le malade succombe à une affection étrangère à cette douleur, on ne rencontre dans la partie qu'elle occupait aucun des phénomènes organiques qui constituent la phlegmasie.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit de l'altération des fluides, mais je pense qu'il en est résulté cette conviction qu'ils peuvent pécher par excès, par défaut, et même être altérés dans leur nature, ce qui est prouvé par l'anémie, la polyæmie, le scorbut, etc. : il est évident que ces états n'offrent pas les caractères de la phlegmasie.

Un individu est privé d'air, il expire asphyxié : est-il mort avec une inflammation? La submersion, la strangulation sont-elles des phlegmasies? L'asphyxie par gaz non respirable, par gaz délétère, est-elle une phlegmasie?

La circulation est suspendue chez un autre par une impression morale vive, le sang cesse d'apporter au cerveau son stimulant nécessaire; la mort peut être la suite de cet état : y a-t-il là phlegmasie?

Par les progrès de l'âge, les organes s'usent, s'altèrent dans leur structure, et par suite dans leur expression fonctionnelle; la mort survient : y a-t-il eu phlegmasie?

Le phosphate calcaire se dépose lentement dans les parois des artères et principalement des gros vaisseaux, mais plus abondamment que dans les autres âges; le cœur augmente de volume ou se dilate; le sang stagne dans les poumons et dans le symtème veineux; des infiltrations surviennent : est-ce en vertu d'une phlegmasie? Mais alors l'accroissement et la nutrition doivent être regardés comme des phlegmasies.

Prenons des exemples d'une autre nature.

Le cristallin perd de jour en jour sa transparence,

mais sans douleur, sans chaleur, sans augmentation de volume, sans rougeur : est-ce par une phlegmasie?

Un individu se luxe l'humérus, le fémur, un os quelconque : a-t-il une phlegmasie? Un autre se fracture un membre, a-t-il une phlegmasie? Chez un troisième, une portion d'intestin sort de l'abdomen par une ouverture, a-t-il une phlegmasie?

On dira sans doute que ces états sont des *difformités* et non des maladies; mais depuis quand la cataracte, les luxations, les fractures, les hernies ne sont-elles plus des maladies, et que diront les chirurgiens si vous les privez ainsi de la plus grande partie des maux qu'ils sont appelés à traiter? Car je pense bien que vous ne regarderez pas une plaie comme une maladie, bien que l'inflammation doive survenir inévitablement; cependant la solution de continuité récente n'est point encore une phlegmasie, et, dans vos principes, n'est point une maladie.

En voilà certes bien assez, avec ce que nous avons dit dans notre première partie, pour prouver que toutes les maladies ne sont pas des inflammations.

Nous croyons avoir démontré que, parmi ces dernières, il en était de spécifiques. Nous n'y reviendrons pas. Enfin nous avons fait voir aussi qu'elles pouvaient affecter tous les organes d'une manière primitive.

Maintenant supposons que toutes les maladies auxquelles l'espèce humaine est en proie soient des inflammations, que doit-il arriver? Il nous semble qu'alors rien n'est changé dans l'état de la médecine, le mot inflammation devient simplement synonyme du mot maladie, et le travail important qu'il reste à faire, c'est de chercher les différences qui les séparent, et qui doivent exercer une influence plus ou moins grande sur leur traitement. Peu importera, par exemple, que la rage soit une phlegmasie, mais bien qu'elle soit une phlegmasie spécifique, puisque le traitement antiphlogistique seul ne peut suffire pour sa guérison. Peu importera qu'une hernie étranglée soit une phlegmasie, puisqu'il faudra réduire cette hernie ou l'opérer; car le traitement antiphlogistique ne suffira pas pour guérir le malade, et ainsi des autres. Nous n'ignorons pas que, partant de cette idée, que toutes les altérations morbides sont le résultat de la phlegmasie, on en a tiré cette conséquence, qu'on devait guérir toutes les maladies par le traitement débilitant; mais c'est une erreur palpable; même en adoptant la prémisse, la conséquence est fausse. Il y aura toujours des phlegmasies spécifiques et des phlegmasies avec faiblesse générale qui réclameront un traitement différent et opposé; c'est aussi l'avis de M. Broussais, qui est trop raisonnable pour persister dans des idées exagérées et exclusives, qui ne peuvent être le partage que de jeunes gens exaltés ou égarés.

Cela étant, voyons quels sont les caractères distinctifs des maladies sans nombre qui nous assiégent.

De l'inflammation en général.

On pense bien que dans le cadre étroit que nous nous sommes imposé nous ne prétendons pas faire l'histoire entière de l'inflammation; nous devons nous borner à tracer les principaux traits qui la caractérisent.

L'inflammation revêt une multitude de formes, elle envahit tous les organes; de là l'immense difficulté de la saisir, de la comprendre, et d'en donner une définition exacte et concise. Presque tous les auteurs ont éludé cette difficulté en décrivant simplement la maladie; mais la diversité de formes qu'elle affecte, et la presque impossibilité de la définir, ont donné, comme nous venons de le voir, sujet à des discussions sans nombre, opiniâtres, interminables. Notre siècle, plus qu'aucun autre, a été témoin de débats très-scandaleux et, qui pis est, très-funestes à l'humanité : car malheureusement les discussions médicales ont cela de particulier, qu'entraînant toujours des applications thérapeutiques, elles doivent d'un côté ou d'un autre faire de nombreuses victimes. De là sans doute l'aigreur et l'acharnement qui les distinguent : qui peut en effet recevoir froidement le reproche d'avoir immolé ses semblables?

Nous pensons cependant qu'il est préférable de s'abstenir de donner une définition, que de la fonder sur de chimériques abstractions; gardons-nous de l'attrait irrésistible des explications, contentons-nous de ce que nous apprennent nos sens, c'est le moyen le plus sûr de ne pas nous égarer.

La définition descriptive que Pierre Frank nous a donnée nous paraît réunir le plus de signes caractéristiques de l'inflammation; elle doit faire reconnaître cette maladie partout où ces caractères se rencontrent : « calor partis, tensio, moles, ac durities aucta; ut plurimum cum sensu doloris fixi, nunc ardentis, nunc pungentis, pulsantis, nunc gravativi, aliquando nullo, cum colore vivido, nunc profondius rubro; sæpissime cum febre, pulsu frequenter pleno, forti ac duro, sœpe contracto ac parvo, aliquando naturali; ac tumoris evidenti, aut in suppurationem, aut in gangrœnam nisu, dicitur inflammation. »

Mais cet auteur ajoute judicieusement que l'absence de plusieurs de ces signes est un faible argument contre l'existence de l'inflammation. Celle-ci peut en effet exister sans la plupart d'entre eux. Il y a des inflammations sans douleur; il en est sans chaleur, d'autres sans rougeur, enfin il en existe un grand nombre sans tuméfaction. Quant aux phénomènes généraux, ils sont plus incertains encore, puisqu'ils ne dépendent pas directement de l'organe lésé. Aussi n'est-ce pas sur un seul signe qu'il faut établir son diagnostic, mais sur le concours de plusieurs d'entre eux, sur leur succession, et sur la réunion des causes et des phénomènes fonctionnels.

Quoique présentant un ensemble de caractères communs, les inflammations varient beaucoup suivant leur siége; non-seulement alors elles offrent des signes fonctionnels différents, mais encore des phénomènes locaux divers, Ainsi à la peau, dans le tissu cellulaire, muqueux, séreux, osseux, artériel, veineux, nerveux; dans le parenchyme des organes; dans le cerveau, le poumon, le foie, la rate, etc., les caractères généraux de l'inflammation prennent un aspect particulier que notre but est de faire connaître plus bas.

Les causes qui lui donnent naissance lui impriment aussi d'importantes différences : ainsi, par exemple, on a remarqué (1) que l'inflammation produite par une cause extérieure était presque toujours bornée aux parties sur lesquelles avait agi la cause irritante; qu'elle affectait plusieurs tissus à la fois, tandis que l'inflammation par cause interne n'en occupe ordinairement qu'un seul; elle est en général dépourvue de phénomènes précurseurs, atteint

(1) M. Chomel, article Inflammation, Dict. de Méd.

presque sur-le-champ son plus haut degré d'intensité; elle varie elle-même suivant l'espèce de cause extérieure : une brûlure, une contusion, un instrument tranchant, un vésicatoire, ne produisent pas les mêmes phénomènes locaux; ils n'offrent pas de paroxysmes. La terminaison des phlegmasies par cause externe présente aussi quelques différences; elle est ordinairement plus prompte que dans les autres, et la délitescence est chez elle la plus favorable de toutes; on sait qu'il n'en est pas ainsi dans les inflammations par cause interne. Elles ont aussi plus de tendance à produire des adhérences, et ne récidivent qu'autant que l'application de la cause se renouvelle. Un de leurs caractères distinctifs est d'être produites pour ainsi dire à volonté.

Mais ce sont principalement les phlegmasies par cause interne qui doivent attirer notre attention. Or celles-là mêmes varient encore suivant l'espèce de cause qui les fait naître : elles peuvent être simples, idiopathiques, primitives ou consécutives, symptomatiques, spéciales, spécifiques, etc., et, suivant ces circonstances, présenter des phénomènes divers.

Ce n'est pas seulement sous le rapport de leur siége et de leurs causes que les inflammations diffèrent; elles peuvent être plus ou moins aiguës, plus ou moins rapides dans leur marche, durer plus ou moins long-temps; enfin, leur intensité et surtout leurs périodes apportent dans leurs phénomènes locaux et généraux des différences nombreuses et remarquables.

L'inflammation simple, qu'on peut encore appeler primitive, idiopathique, est celle qui se développe sur l'organe même où la cause déterminante paraît avoir agi. Cette espèce d'inflammation n'est liée à aucune autre. Une inflammation spécifique ne saurait être selon nous considérée comme idiopathique, parce qu'elle emporte avec elle l'idée d'une combinaison. Il existe là, comme nous le dirons, autre chose que l'inflammation.

L'inflammation consécutive est celle qui est liée avec une autre maladie dont elle paraît dépendre. Ainsi, dans une maladie organique de l'estomac, il peut survenir une inflammation consécutive du péritoine ou des intestins.

Dans les maladies du cœur, la présence mécanique du sang dans le poumon et les diverses membranes muqueuses finit par déterminer de véritables inflammations, qu'on peut regarder comme consécutives.

Nous donnons le nom de phlegmasies spéciales à celles qui se présentent constamment avec des phénomènes qui leur sont propres, et qui ne sont ni épidémiques, ni contagieuses, enfin qui ne paraissent pas produites par une cause spécifique. Le zona, par exemple, est une inflammation spéciale; son siége et ses caractères constants l'attestent, et il n'est nullement contagieux.

Bien que l'hépithète de *spécifique* ait été blâmée par des auteurs très-estimables, nous la conserverons cependant, parce qu'elle nous paraît désigner très-bien les phlegmasies qui se présentent avec un caractère particulier, et dues à une cause qui les détermine toujours, à une cause spécifique, en un mot, telle que la variole, la vaccine, etc.

L'inflammation simple par cause interne présente des signes fonctionnels, locaux et généraux, et des phénomènes organiques que nous allons exposer en peu de mots.

Une chose bien digne d'attention, ce sont les phénomènes précurseurs qui se manifestent, dans le plus grand nombre des cas, avant l'apparition de la phlegmasie. De quoi dépendent ces phénomènes précurseurs?

L'individu qui doit avoir une phlegmasie, même une phlegmasie de la peau, éprouve un malaise général, des lassitudes spontanées, des douleurs dans les membres, de la somnolence ou de l'insomnie, quelquefois de la céphalalgie, de la tristesse, de l'ennui, une sensation insolite de froid ou de chaud; de l'inappétence, de l'empâtement, de l'amertume de la bouche, enfin un trouble sensible dans tout l'organisme. De quoi dépendent ces phénomènes? On a dit, nous le savons, qu'ils étaient l'effet de la gastrite, mais rien ne le prouve; et nous avons répondu que nous ne le croirions que lorsque nous l'aurions vu, comme on doit le faire dans un art comme le nôtre, où l'on ne peut avoir trop de certitude. On nous a répliqué qu'on *avait vu* cette gastrite; que, des individus étant morts dans le prodrome d'une phlegmasie de la peau, on avait trouvé leur estomac enflammé. Mais en y pensant bien, on reconnaît bientôt tout ce que cette assertion a de douteux, pour ne rien dire de plus. D'abord, on ne meurt pas dans le prodrome d'une maladie de la peau; et je suppose qu'un accident ait terminé les jours d'un individu qui présentât les phénomènes précurseurs d'une telle maladie, comment avez-vous su qu'il devait avoir une maladie qu'il n'avait pas encore? qui vous assure qu'il dût avoir une phlegmasie de la peau, et qu'il ne devait pas n'avoir qu'une simple gastrite?.. Et c'est par de telles affirmations qu'on entraîne la croyance et l'enthousiasme des jeunes gens! Efforçons-nous de marcher avec plus de franchise et de bonne foi.

Il est vraisemblable que les phénomènes précurseurs tiennent à l'action de la cause sur un système général, c'est-à-dire sur la circulation ou l'innervation, et principalement sur les fluides, qui sont les principaux agents de ces fonctions. Nous reviendrons sur ce point capital.

Après un temps plus ou moins long de cette période d'incubation, le malade éprouve ordinairement un frisson d'une violence et d'une durée variables. Bientôt un point douloureux se fait sentir. Si l'inflammation est extérieure, on remarque de la rougeur, de la chaleur, enfin de la tuméfaction. On pense bien que ces phénomènes ne peuvent guère s'emparer d'un organe sans que cet organe ne soit gêné dans ses fonctions, et que ce désordre fonctionnel doit varier suivant l'espèce d'organe affecté. On conçoit aussi sans peine que les organes qui auront avec celui qui est malade une connexion plus intime seront les premiers à participer au trouble survenu; enfin, suivant l'intensité de la phlegmasie et l'importance de l'organe malade, toute l'économie participera à cet état de souffrance, et manifestera cette participation par le désordre général des actes organiques.

C'est à la diversité des caractères de ce petit nombre de phénomènes que nous devons la distinction des différentes inflammations; en effet, la douleur est loin d'être la même dans toutes, elle est même infiniment variable; il en est de même de la rougeur, qui peut offrir toutes les nuances; il en est de même de la chaleur et de la tuméfaction.

Le premier de ces phénomènes, la douleur, peut ne pas exister; elle est cependant celui de tous qui manque le plus rarement; mais, ainsi que nous l'avons vu (1), elle se présente sous une multitude d'apparences. Tantôt à peine sensible, une pression

(1) Voyez tome Ier, pages 166 et 497.

assez forte est nécessaire pour en donner la conscience au malade, tantôt d'une violence telle, qu'elle est intolérable et peut occasionner la mort. L'inflammation occupe-t-elle la peau, elle peut déterminer une sensation d'ardeur, d'âcreté, de démangeaison, d'élancements ; sur les membranes séreuses, à la plèvre, elle produit une douleur poignante; au péritoine, une douleur vive et tellement superficielle que le moindre attouchement est insupportable. Des pulsations, des battements, un poids incommode, etc., caractérisent d'autres phlegmasies ou quelques-unes de leurs terminaisons. La douleur ne se manifeste souvent que par l'expression de la face. Il est une multitude de circonstances que nous avons déjà signalées, qui peuvent rendre nul le sentiment de la douleur, ou nulle son expression. Tous les cas qui entraînent le carus, le délire, l'âge très-avancé ou la première enfance, sont de ce nombre.

La couleur rouge des organes enflammés offre presque autant de variétés que leur perversion de sensibilité. Elle est ordinairement d'une teinte rosée, assez uniforme; mais elle est quelquefois si légère qu'elle est à peine appréciable, et que dans quelques circonstances elle peut facilement être révoquée en doute par les personnes qui ne veulent pas la reconnaître. La rougeur peut être portée jusqu'à une nuance violette, noirâtre, et présenter tous les degrés intermédiaires. Elle diffère dans tous les organes; elle est plus intense dans les membranes muqueuses et dans quelques parenchymes que dans toutes les autres parties. Les membranes séreuses sont celles où elle offre le moins d'intensité. On ne peut guère bien juger ce phénomène inflammatoire que lorsqu'il a son siége à la peau ou sur les membranes muqueuses de la bouche et du commencement du pharynx. Lorsque la maladie occupe quelque viscère intérieur, ce n'est qu'à l'ouverture du corps qu'on peut apprécier la rougeur. Mais alors d'autres difficultés se présentent : cette rougeur n'a-t-elle pas diminué, n'a-t-elle pas augmenté depuis la mort? L'observation démontre que l'un et l'autre peut avoir lieu. Ce que l'on remarque à la peau dans le cas d'érysipèle rend très-probable la diminution et peut-être la disparition complète de la rougeur après la mort : on sait en effet qu'il existe une différence extrême entre la rougeur qui existe pendant la vie et celle qui reste après la mort; c'est à peine si l'on peut reconnaître les traces de la maladie. Nous n'ignorons pas que nous prêtons ici des armes partisans exclusifs de l'irritation, qui ne manqueront pas de dire que, puisque la rougeur peut disparaître après la mort, on ne doit pas rejeter l'existence de l'inflammation d'un organe sur l'absence de la rougeur : mais peu nous importent les conséquences forcées qu'on en voudra déduire, notre devoir est d'exposer la vérité tout entière.

Il est inutile d'ajouter que l'étendue, la circonscription de la rougeur sont très-variables, et qu'elle n'est pas la même dans toutes les circonstances d'une même inflammation. Nous allons y revenir en parlant des périodes, etc.

Long-temps on a discuté pour savoir si la partie enflammée augmentait réellement de température ou si ce n'était qu'une sensation de la part du malade. Il est bien évident aujourd'hui que cette augmentation est une chose réelle, bien que dans quelques circonstances elle ne soit que le résultat d'une sensation illusoire. Cette chaleur varie aussi beaucoup suivant l'organe qu'elle occupe : elle est très-légère ou très-intense, âcre, mordicante, sensible au toucher ou insensible. Il n'est pas rare de rencontrer une augmentation de température sur les parties qui correspondent à un organe enflammé. Nous regardons cette effet comme purement physique. Il est le résultat de la propagation du calorique de proche en proche, et non celui d'une prétendue sympathie. Cette explication est plus nécessaire qu'on ne pourrait penser, dans l'état actuel de la science, puisqu'il peut en découler des indications thérapeutiques particulières.

C'est principalement à la peau que la chaleur inflammatoire se fait le plus vivement sentir, ensuite aux membres muqueuses, puis aux parenchymes, où quelquefois elle est cependant presque nulle.

L'irritation déterminant l'afflux des liquides sur la partie qu'elle occupe, il est facile de concevoir que cette partie doit devenir le siége d'un engorgement, d'une tuméfaction, et cela d'une manière d'autant plus marquée que l'organe malade sera par sa nature plus susceptible de se laisser pénétrer par les fluides. Ce phénomène inflammatoire est donc plus ou moins prononcé suivant les tissus affectés, et suivant aussi l'intensité de l'inflammation. Plus les tissus sont lâches et perméables, et plus le gonflement peut être considérable. Certains organes parenchymateux prennent un tel accroissement qu'ils semblent ne pouvoir plus être contenus dans leurs enveloppes ; et lorsqu'après la mort on vient à les briser, ils font irruption au dehors; on dirait qu'ils sont hypertrophiés. Le tissu cellulaire est celui de tous qui acquiert un développement plus considérable; certaines glandes, les amygdales, par exemple, se gonflent aussi beaucoup; les membranes muqueuses s'épaississent sensiblement, etc. Si l'épaississement des membranes séreuses a lieu, il ne peut être très-marqué; il a été nié par plusieurs auteurs. Ainsi que la rougeur, la tuméfaction n'est guère sensible pendant la vie que sur la peau et sur les orifices des conduits naturels : cependant il n'est pas rare d'avoir la conscience de tumeurs inflammatoires développés dans les organes abdominaux ; et la percussion, en nous signalant l'hépatisation du poumon, peut nous faire reconnaître en même temps son augmentation de volume.

Avant de passer aux autres symptômes de l'inflammation, nous devons dire quelles modifications ceux-ci éprouvent pendant les diverses périodes de cette maladie. Dans le début ils sont en général peu prononcés, à moins cependant qu'ils ne dépendent d'une cause externe qui les porte tout de suite à leur plus haut degré d'intensité. Peu à peu ils prennent de l'accroissement, arrivent au bout d'un certain temps au terme de leur développement, et enfin décroissent, disparaissent, en déterminant des modifications dont nous allons parler bientôt.

Dans les premiers jours la rougeur est à peine visible, elle est aussi très-peu étendue; petit à petit elle devient plus prononcée, en même temps qu'elle gagne les parties voisines. Elle est ordinairement plus intense dans le lieu où elle a pris naissance, c'est en général vers son centre; elle s'affaiblit graduellement sur ses bords.

La douleur suit la même progression : elle est quelquefois à peine sensible dans l'origine d'une inflammation ; et lorsque celle-ci est extrêmement violente, il peut arriver que le malade cesse de la percevoir; la chaleur, qui est d'abord à peine augmentée, devient de jour en jour plus incommode, plus insupportable; enfin le gonflement qui accompagne les phénomènes précédents suit une marche analogue.

Toutes les inflammations ne parcourent pas leurs

diverses phases dans le même laps de temps. La même inflammation se développe souvent avec une vitesse différente. On peut cependant dire d'une manière générale qu'une phlegmasie aiguë croît rarement encore passé le troisième septenaire, tandis qu'il est rare qu'elle ait cessé d'augmenter vers le troisième jour.

Il arrive quelquefois que, parvenus à un certain degré, les phénomènes locaux que nous avons examinés jusqu'ici diminuent légèrement, s'arrêtent, se prolongent, se perpétuent indéfiniment. Ils passent à l'état chronique, état caractérisé par une moindre intensité des phénomènes morbides, par leur marche stationnaire, et leur durée pour ainsi dire illimitée.

Lorsqu'une inflammation frappe un organe, elle ne produit pas seulement les symptômes que nous venons d'exposer : l'un de ses effets les plus constants est de gêner, de troubler, d'intervertir, de suspendre même, de diverses manières, les actes de cet organe. Il résulte de là une multitude d'expressions fonctionnelles propres à chacune de nos parties, et d'où découlent les signes les plus précieux pour les distinguer les unes des autres, signes que nous exposerons bientôt avec quelques détails. Si l'inflammation affecte un organe exhalant, comme la peau, les membranes muqueuses, séreuses, un organe sécrétoire, l'exhalation, la sécrétion se trouvent d'abord diminuées, arrêtées; de là la sécheresse des membranes et la suspension des sécrétions dans la première période d'une phlegmasie; phénomène général de la plus haute importance, dont l'observation nous avait conduit à révoquer en doute la certitude de l'égophonie comme signe d'un épanchement pleurétique. Après quelques jours l'exhalation ou la sécrétion reparaissent, mais avec des modifications variées dans la nature des fluides manifestement altérés. Le mucus devient abondant et clair, puis opaque, puriforme, redevient clair et reprend peu à peu ses qualités physiologiques. La sérosité est d'abord plus abondante, elle devient puriforme, trouble, purulente, floconneuse, etc. C'est ainsi que l'inflammation suspend et trouble l'action des organes qu'elle affecte.

Mais elle ne borne pas ses effets à l'altération immédiate de la fonction à laquelle préside l'organe malade : elle fait naître, suivant sa violence, son siége, sa période, etc., des phénomènes généraux, c'est-à-dire qu'elle trouble à divers degrés les actions des organes éloignés; ces troubles sont consécutifs, sympathiques, etc. Ils sont excités par le voisinage de l'organe, ou par une influence évidente exercée par lui sur un organe plus éloigné. Plus l'inflammation est vive, plus l'organe malade est important, plus il est sensible, et plus aussi sont intenses les phénomènes généraux.

La face est rouge et animée, les yeux brillants, les lèvres colorées et sèches; la peau est chaude, quelquefois brûlante; la langue aride, rouge, principalement sur ses bords; la soif vive, ardente, inextinguible; l'appétit est nul; les selles sont rares; les urines sont rouges, peu abondantes; le pouls est fort, dur, fréquent; les veines sont gonflées; la respiration est accélérée, gênée; il existe de la céphalalgie; l'insomnie, une agitation extrême tourmentent le malade. Tels sont les symptômes généraux qui accompagnent les phlegmasies; qui naissent, croissent et disparaissent avec elles; qui augmentent d'intensité, non-seulement aux diverses périodes de la maladie, mais aussi à différentes heures de la journée, ce qui constitue l'accès, le paroxysme.

Le type des phlegmasies est continu dans la très-grande majorité des cas; cependant il est impossible de ne pas admettre des phlegmasies entièrement intermittentes. Je ne vois pas pourquoi l'on refuserait d'admettre des inflammations présentant ce caractère, lorsque nous voyons des maladies organiques affectant la même marche.

L'inflammation, parvenue à son plus haut degré, ne peut rester à ce même degré; elle tend à disparaître, ce qui s'opère de plusieurs manières. Pierre Frank reconnait que l'inflammation peut se terminer par résolution, par suppuration, par induration, par gangrène, par épanchement, par desquammation; on a ajouté à ces modes divers la délitescence, la métastase, l'ulcération. Je ne vois pas à quel mode de terminaison on doit rapporter la formation d'une fausse membrane, l'adhérence que certaines membranes contractent par leurs faces correspondantes, etc.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'une inflammation est arrivée à son plus haut degré d'intensité, on la voit s'arrêter, diminuer graduellement et d'une manière insensible, disparaître ainsi complètement, de sorte qu'il n'en reste plus aucune trace. La douleur, la rougeur, la chaleur et la tuméfaction suivent une marche décroissante, perdent de jour en jour de leur intensité, et finissent par se dissiper entièrement. En même temps les phénomènes fonctionnels, locaux et généraux se rapprochent du type naturel, qu'ils reprennent au bout d'un temps indéterminé; telle est la résolution, sans contredit, la plus heureuse de toutes les terminaisons. On a remarqué qu'elle était souvent précédée, accompgnée ou suivie d'évacuations plus abondantes que dans l'état naturel, et même que dans le cours de la maladie; que ces évacuations avaient lieu par les urines, par les selles, par les sueurs, les crachats, etc.; que ces matières présentaient même souvent des caractères particuliers, ce qui les a fait considérer comme des phénomènes critiques. Nous aurons occasion de nous en occuper plus tard. Nous pouvons dire dès à présent que ces phénomènes sont loin d'être constants, et qu'on a beaucoup exagéré leur importance.

Lorsque la disparition de l'inflammation est brusque et rapide, c'est la délitescence. Après un traitement très-actif, dès le principe de la maladie, cette terminaison peut bien avoir lieu, mais elle doit faire craindre en général qu'un organe plus éloigné n'ait été frappé d'irritation, et n'ait ainsi déplacé la première. On voit en effet des maladies graves succéder à cette disparition subite d'une inflammation.

Lorsque le déplacement est réellement opéré, c'est la métastase. Sous le règne de l'humorisme, on a fait jouer un grand rôle aux métastases; l'humeur morbifique se portait d'un organe à un autre, soit par la voie de la circulation, soit par tout autre moyen. Le sang, le lait, la bile, etc., etc., pouvaient ainsi voyager avec une extrême facilité, et produire dans les viscères et dans l'organisme entier les ravages les plus multipliés. Une observation plus saine, dirigée par une raison plus sévère, plus épurée, a fait justice de toutes ces rêveries. Il est cependant des faits incontestables qui prouvent que les maladies peuvent en quelque sorte quitter un organe pour se porter sur un autre, soit qu'une cause irritante ait agi préalablement sur l'organe offensé le dernier, soit qu'une action répercussive ait été exercée sur la partie affectée la première. Dans l'un et l'autre cas, les phénomènes locaux primitifs disparaissent, et de nouveaux se manifes-

tent dans une région éloignée, auparavant saine. J'ai vu dans ce genre des faits très-remarquables. Ce n'est pas ici le moment de discuter si les fluides se transportent d'un lieu dans un autre avec tous leurs caractères; si le sang, la bile, le lait, le pus peuvent cheminer dans l'économie et se porter sur quelque organe. Ce n'est pas non plus le moment de discuter si le déplacement de la goutte, du rhumatisme, d'une dartre, ou de toute autre maladie spéciale ou spécifique, s'opère par la rétrocession de la cause matérielle de ces affections; nous reviendrons sans doute plus tard sur ces questions: ce qui est bien certain, c'est qu'on voit des phénomènes locaux inflammatoires disparaître subitement, et être immédiatement suivis d'accidents qui n'existaient pas avant cette disparition : c'est tout ce qu'il faut pour l'instant. Ce phénomène s'appelle métastase. Il est rare qu'elle soit avantageuse.

Une terminaison très-fréquente de l'inflammation, c'est la suppuration. La manière dont elle a lieu est loin d'être la même à la peau, sur les membranes muqueuses, séreuses, dans le tissu cellulaire, les organes parenchymateux, etc. Dans toutes ces parties, elle s'effectue d'après un mode particulier. La plupart des organes sont susceptibles de suppuration; il en est pourtant chez lesquels cette terminaison de l'inflammation a plus facilement et plus souvent lieu que chez d'autres. Il est rare que le foie, la rate, les reins, les muscles, entrent en suppuration; l'épiderme et ses productions ne suppurent jamais; les tendons, les ligaments, etc., paraissent dans le même cas.

La suppuration ne présente pas constamment les mêmes phénomènes; et cela peut-il être autrement, puisque l'organisation des parties n'est pas la même? A la peau, l'épiderme se soulève, une sérosité limpide se laisse d'abord apercevoir à travers cette membrane; bientôt cette liqueur transparente se trouble, devient opaque, blanche, jaunâtre, brune, se dessèche et tombe. D'autres fois, lorsque le chorion est à nu, le pus se forme et s'exhale à la surface excoriée par un mécanisme inexplicable.

Il est probable qu'il se passe quelque chose d'analogue sur les surfaces muqueuses. La membrane, d'abord sèche, laisse plus tard s'écouler une mucosité limpide, abondante, puis trouble, opaque, blanche, jaune, verdâtre, épaisse, purulente, bientôt de nouveau transparente.

Les surfaces séreuses laissent exhaler aussi une espèce de pus, mais toujours mêlé avec une certaine quantité de sérosité: il n'a jamais l'apparence du pus véritable.

La suppuration du tissu cellulaire s'opère d'une autre manière. Le pus se rassemble en foyer plus ou moins considérable, suivant l'étendue et l'intensité de l'inflammation. Ce pus tend ordinairement à se faire jour au dehors; il parvient, de proche en proche, jusqu'à la peau, qui s'amincit, s'ouvre, et le laisse échapper à l'extérieur. D'autres fois ce liquide se fait un passage dans les intestins, dans les voies aériennes, ou dans les cavités séreuses, et cela après avoir cheminé plus ou moins long-temps dans le tissu cellulaire sain. Il vient aussi par cette voie apparaître dans certaines régions déclives du corps, bien loin de l'endroit où il s'est formé. Enfin il peut être résorbé dans le lieu où il est secrété, après y avoir séjourné plus ou moins long-temps.

Les organes parenchymateux ont encore un autre mode de suppuration. Il est rare que le pus se rassemble en foyer: cela n'a guère lieu que lorsque la cause excitante de l'inflammation a directement agi sur l'organe malade, ou bien lorsque l'inflammation porte un caractère particulier, tel que celui qui résulte de la fonte tuberculeuse. Dans les autres cas, le pus se trouve mêlé intimement avec le parenchyme propre de l'organe; il est alors confondu avec la substance organique, qu'il pénètre dans une étendue plus ou moins considérable. Telle est au moins la manière dont le poumon suppure : c'est, comme nous le verrons, l'hépatisation grise de ce viscère.

Les signes qui précèdent et annoncent la suppuration sont assez équivoques. On juge qu'elle aura lieu lorsque l'inflammation est très-intense, qu'elle paraît ne pas devoir se terminer par résolution, quelque moyen que l'on emploie; lorsque la cause qui a déterminé l'inflammation a agi profondément, violemment, et lorsque la constitution du malade le dispose à cette terminaison.

Lorsque le mouvement fébrile diminue, ainsi que la douleur; lorsque celle-ci prend un caractère pulsatif; lorsque la tumeur augmente et se ramollit; lorsque la rougeur se circonscrit, etc., on juge que la suppuration commence. On juge que la suppuration est effectuée si le malade éprouve des frissons irréguliers, entremêlés de bouffées de chaleur; si ses joues sont colorées d'une rougeur circonscrite; s'il ressent une chaleur sèche et brûlante, principalement dans la paume des mains; une soif vive, du dévoiement, une sueur abondante dans certains moments, et surtout vers la région que la phlegmasie occupe; si le pouls est petit et fréquent, enfin si l'infiltration se manifeste aux extrémités inférieures. En outre, la fluctuation devient plus évidente, la douleur locale est gravative, etc. Mais il faut avouer que ces signes ne sont que probables lorsque l'inflammation affecte un organe situé profondément; les signes locaux venant alors à manquer, le jugement que l'on porte perd beaucoup de sa certitude.

Des exemples nombreux et incontestables prouvent que les organes frappés d'inflammation peuvent passer à l'induration, c'est-à-dire devenir durs, consistants. La chaleur et la sensibilité s'éteignent dans l'organe endurci; la tuméfaction diminue ainsi que la rougeur, et parvenus à un certain degré, ces phénomènes restent stationnaires. Il faut bien se garder de confondre la simple induration avec la dégénérescence squirrheuse : celle-ci n'a lieu que lorsque l'individu porte avec lui une disposition particulière; elle altère tellement le tissu des organes, qu'il devient entièrement méconnaissable, tandis qu'on peut toujours le reconnaître dans la simple induration.

L'épanchement de sérosité est aussi une terminaison de l'inflammation des membranes séreuses, et quelquefois de celle des organes contigus, ou plus ou moins éloignés. Nous croyons aussi que l'infiltration et l'épanchement de sérosité peut avoir lieu sans inflammation préalable, mais nous croyons que ce phénomène morbide est constamment consécutif à l'altération d'un organe.

L'exfoliation de l'épiderme, sa desquammation, a été regardée comme un mode de terminaison des phlegmasies; mais c'est ici un phénomène purement local, qui n'appartient qu'aux phlegmasies de la peau, de même que le précédent n'est guère propre qu'aux phlegmasies des membranes séreuses, ce qui fait sans doute qu'on les passe ordinairement sous silence dans l'histoire générale de l'inflammation.

La production d'une fausse membrane blanche, grise, plus ou moins consistante, plus ou moins

adhérente à la surface libre des membranes séreuses et muqueuses, doit être aussi mentionnée dans les terminaisons des phlegmasies; et l'on ne doit pas omettre non plus les adhérences médiates au moyen de tissus ligamenteux accidentels plus ou moins denses, et les adhérences immédiates que des membranes contiguës contractent entre elles. Ce mode de terminaison de l'inflammation a souvent lieu pour les membranes séreuses et pour les organes où il s'est opéré quelque division.

La gangrène est une terminaison des plus graves, et qui par cela même a dû fixer l'attention des médecins; mais il est indubitable que les anciens ont beaucoup exagéré le nombre des cas où ils prétendent avoir observé ce phénomène morbide.

Comme ceux de la suppuration, les phénomènes qui indiquent la terminaison par gangrène sont obscurs lorsque l'organe malade est profondément situé et dérobé à l'application des sens. Lorsque la partie malade est extérieure, on observe que la couleur vermeille de la peau devient rouge foncé, livide et même noire; que des raies bleuâtres sillonnent la peau et suivent le trajet des vaisseaux; qu'il s'élève des vésicules brunes et remplies d'une sérosité noirâtre, sanguinolente; que l'épiderme se détache avec facilité et laisse apercevoir des plaques ardoisées ou d'un gris cendré; enfin que la partie se refroidit, qu'elle conserve l'impression du doigt qui la presse, qu'elle exhale une odeur fétide; de plus, la douleur locale a cessé subitement ainsi que la chaleur brûlante, et souvent il se manifeste un emphysème spontané. La chaleur générale est tombée, le pouls est petit et misérable, l'haleine froide et souvent fétide; le malade éprouve de fréquentes syncopes, les traits de sa physionomie sont profondément altérés. Mais ces signes généraux, les seuls qui puissent faire soupçonner la gangrène intérieure, sont communs à la plupart des agonies, et sont par conséquent fort équivoques.

Quant aux ulcérations qu'on observe à la suite des inflammations, nous ne croyons pas qu'elles succèdent aux phlegmasies simples; elles sont presque toujours occasionnées ou entretenues par une cause particulière.

Tels sont les phénomènes qui caractérisent l'inflammation simple, considérée d'une manière générale. Mais ce tableau serait incomplet si nous ne jetions un coup d'œil rapide sur les altérations organiques que cette maladie laisse après elle.

Ces altérations sont très-nombreuses et très-variées, à tel point qu'on leur a attribué toutes les dégénérescences organiques qu'on rencontre après la mort. Mais cette assertion est évidemment exagérée; et à supposer, ce qui est encore très-douteux, que l'inflammation fût capable de produire toutes ces altérations, il ne s'ensuivrait pas qu'on pût retourner la proposition, et prétendre que ces altérations sont toujours le résultat de la phlegmasie. Ainsi que nous l'avons dit ailleurs, de ce qu'un phénomène est produit vingt, trente fois, cent fois par une certaine cause, il n'est pas philosophique d'admettre que ce même phénomène ne puisse pas être produit par une autre cause. Ainsi, de ce que telle altération organique est souvent le résultat d'un travail inflammatoire, il n'est pas raisonnable d'admettre qu'il est toujours l'effet de ce travail, et qu'il ne saurait être produit par une autre action morbide. L'inflammation elle-même, souvent produite par un agent physique, peut être déterminée par un ou plusieurs autres. L'extrême froid, comme l'extrême chaud, lui donnent également naissance; un sinapisme, un vésicant, une friction, une percussion, l'action violente d'un organe, etc., etc., peuvent également la déterminer. Ainsi j'accorde pour un moment que la plupart des altérations pathologiques puissent être produites par l'inflammation; gardez-vous de conclure que ces mêmes altérations soient toujours l'effet de l'inflammation.

Les traces les plus constantes de l'inflammation sont la rougeur et le gonflement, les seuls des quatre phénomènes locaux caractéristiques de l'inflammation qui persistent après la mort. On trouve d'ailleurs d'autres lésions de tissus moins fréquentes, dont nous avons parlé dans ce tableau de l'inflammation.

Lorsqu'on rencontre dans un organe de la rougeur et du gonflement, il est difficile de ne pas admettre qu'il a été le siége d'une inflammation : nous croyons cependant qu'on peut les rencontrer sans qu'il ait existé d'inflammation préalable. Nous avons déjà parlé de la congestion locale, qu'il ne fallait pas confondre avec la phlegmasie; nous y ajouterons quelques hypertrophies, qui présentent l'augmentation de volume et la rougeur de l'organe, sans que pour cela on soit en droit de conclure qu'il a existé pendant la vie un travail inflammatoire.

Quoi qu'il en soit, on doit reconnaître en général qu'il a existé une phlegmasie là où ces vestiges se rencontrent. Il peut arriver même qu'ils aient presque complètement disparu, sans que pour cela on soit en droit de nier l'existence de l'inflammation.

Les personnes qui ne reconnaissent qu'une seule maladie, ont tiré le plus grand parti des faits précédents pour appuyer leur système. Ces faits leur sont effectivement très-avantageux. Il est très-facile à leur appui de prouver que toujours il y a une inflammation. Nous avons vu que ces phénomènes locaux pouvaient ne pas exister, qu'il y avait des phlegmasies latentes; nous avons vu que les traces de l'inflammation disparaissaient, ou du moins diminuaient beaucoup après la mort; nous avons vu qu'il pouvait y avoir des altérations organiques analogues à celles que produit l'inflammation, et qui n'étaient pas dues à cette maladie : toutes ces propositions sont exactes; dès-lors il a été facile de *démontrer* que tous les cas pathologiques étaient des phlegmasies. Et d'abord, il y a des phlegmasies quoique vous n'observiez aucun phénomène morbide fonctionnel, puisque de votre propre aveu, il existe des phlegmasies latentes : donc n'est-il pas nécessaire qu'il existe des symptômes pour que l'inflammation existe. En second lieu, il n'est pas plus nécessaire qu'il existe des traces anatomiques de l'inflammasion, puisqu'il est des cas où ces traces ne sont pas sensibles : donc il peut y avoir inflammation là où il n'en reste aucune trace. Ainsi, il peut y avoir inflammation sans phénomènes fonctionnels et sans phénomènes locaux, puisque ni les uns ni les autres ne sont nécessaires à l'existence de la phlegmasie. Enfin, l'inflammation pouvant développer toutes les altérations organiques, on doit admettre que toutes ces altérations sont le résultat de l'inflammation. Tels sont les raisonnements captieux à l'aide desquels on entraîne la croyance des jeunes élèves.

Nous ne chercherons pas à combattre ces raisonnements; le seul bon sens et la seule bonne foi suffisent pour les réduire à leur juste valeur. Voici ce que nous croyons être la vérité.

Lorsque pendant la vie on a observé des phénomènes fonctionnels évidemment inflammatoires, et qu'on n'en trouve aucune trace après la mort, on peut croire qu'il existait une inflammation dont les traces ont disparu; mais il plus sage de douter.

Lorsque pendant la vie nul signe de phlegmasie ne s'est manifesté, et qu'après la mort on trouve des altérations organiques ordinairement produites par l'inflammation, on peut croire qu'il a existé une inflammation; mais il est plus sage de douter.

Lorsqu'on ne trouve ni traces après la mort, ni signes pendant la vie, on peut nier qu'il y ait eu inflammation, du moins rien ne le prouve.

Lorsqu'on a observé des signes d'inflammation pendant la vie, et qu'on trouve des traces évidentes après la mort, on doit avoir la certitude qu'il y avait inflammation.

Les traces que l'inflammation laisse après elle ne sont pas les mêmes dans tous les organes. Pour bien les apprécier, il faut non-seulement bien connaître l'état sain des organes selon les âges, les sexes, les constitutions, les habitudes, etc.; mais connaître aussi les changements qu'ils éprouvent dans une multitude de circonstances physiologiques, et aussi par l'influence des maladies d'organes éloignés. M. Billard a résolu ce problème de la manière la plus satisfaisante pour les intestins, et nous recommandons la lecture de son livre. Il est fort à désirer pour la science que ce jeune médecin fasse un travail semblable pour tous les organes de l'économie animale.

L'aspect de la peau qui a été enflammée, lorsque l'inflammation ne s'est pas terminée par suppuration, est à peu près le même que dans l'état sain. Le gonflement et la rougeur sont tellement diminués, qu'il est presque impossible de distinguer le lieu qu'ils occupaient pendant la vie; il n'y a qu'une comparaison attentive avec une partie saine qui puisse faire reconnaître quelque différence. Alors on s'aperçoit que la peau est plus livide, plus épaisse, plus mollasse, qu'elle se déchire plus facilement que dans l'état sain : elle paraît aussi pénétrée de petits vaisseaux injectés de sang noir. Lorsque l'érysipèle a occupé la face, il est souvent bien difficile de le reconnaître après la mort, parce qu'on manque de point de comparaison; et une personne qui n'aurait pas vu le malade ne s'apercevrait nullement de l'altération organique.

Lorsque l'inflammation s'est terminée par suppuration, lorsqu'il a attaqué plus profondément le tissu de la peau, on remarque des excoriations, des phlyctènes; la peau est rouge, brune, irrégulière, inégale, couverte d'une couche albumineuse et fibrineuse. Lorsque l'inflammation s'est cicatrisée, on observe des rides, des plis, ou bien une surface plus lisse, plus blanche, plus polie que dans l'état naturel; elle est alors aussi beaucoup plus dense.

Des changements analogues s'observent sur les membranes muqueuses; elles perdent de leur rougeur et de leur gonflement bien moins que la peau. La rougeur est plus ou moins vive, plus ou moins étendue, diffuse, de formes très-variables, et que des auteurs minutieux se sont complu à décrire. Ces détails surabondants ne font pas avancer la science.

La couleur rouge peut être le résultat d'une simple injection; alors on distingue ordinairement le trajet des petits vaisseaux. On produit aussi quelquefois artificiellement, sur la membrane muqueuse de l'estomac, une rougeur qui ressemble beaucoup à la rougeur inflammatoire; il suffit pour cela de frotter un peu fortement cette membrane avec le tranchant d'un scalpel. J'ai été plusieurs fois témoin d'une semblable manœuvre.

Les membranes muqueuses sont fréquemment épaissies, comme boursoufflées; il est impossible de méconnaître là l'effet d'un travail inflammatoire. La consistance de ces membranes est quelquefois diminuée; elles sont ramollies, ainsi que le docteur Louis l'a démontré dans son intéressant mémoire sur le ramollissement de la membrane muqueuse gastrique; elles se détachent avec la plus grande facilité des membranes sous-jacentes, elles se déchirent au moindre effort. Cette altération n'appartient pas d'une manière exclusive à la membrane gastrique ou intestinale, je l'ai observé sur les bronches. Dans quelques cas, les membranes s'épaississent et augmentent de consistance, elles diminuent aussi d'épaisseur; elles s'amincissent, deviennent pellucides, transparentes, et disparaissent quelquefois complètement. Cette disparition des membranes muqueuses s'observe principalement dans le grand cul-de-sac de l'estomac.

Les membranes muqueuses sont encore le siége d'escarres blanches, grisâtres, ardoisées, plus ou moins étendues, qui par leur chute donnent souvent lieu à des ulcérations de divers aspects. Les ulcérations qui ne succèdent pas à la chute d'une escarre, n'appartiennent pas à l'inflammation simple.

Des fausses membranes couvrent souvent les membranes muqueuses, particulièrement dans les inflammations des voies aériennes et chez les enfants. Ces concrétions membraniformes ont été observées dans le canal gastro-intestinal. Des fluides variables par leur couleur, leur consistance, leur abondance, peuvent aussi être regardés comme une sécrétion de nature inflammatoire.

Enfin un phénomène bien remarquable et qui prouve que des altérations profondes, de véritables destructions des membranes muqueuses peuvent guérir, ce sont les cicatrices qu'elles offrent dans certains cas. Un tissu dense, rayonné, ridé, convergeant vers un centre commun d'un rouge moins vif, plus brillant que le tissu ordinaire, indique suffisamment l'existence préalable d'une destruction organique.

Les membranes séreuses rougissent aussi par l'effet de l'inflammation, mais cette rougeur est bien moins sensible que sur les membranes précédentes; elle est aussi moins diffuse et ressemble davantage à l'injection simple. Cette rougeur peut paraître communiquée par les organes sous-jacents. La transparence des membranes séreuses est véritablement diminuée par l'effet même de l'injection. Cette transparence peut même se perdre complètement dans les phlegmasies chroniques; la membrane est alors d'un blanc opalin. Nous savons bien qu'on a nié l'épaississement des membranes séreuses; mais si dans beaucoup de cas l'augmentation d'épaisseur est due à la superposition de pseudo-membranes, dans d'autres elle est bien évidemment l'effet du travail inflammatoire sur le tissu séreux lui-même. C'est ce qu'on peut voir sur le péricarde et sur l'arachnoïde. Cette dernière membrane acquiert parfois une consistance remarquable, au point qu'il est très-difficile de la déchirer. Cela n'arrive que lorsque l'inflammation dure depuis long-temps.

Dans le commencement d'une inflammation, la surface séreuse est sèche, plus tard elle laisse suinter de la sérosité trouble, purulente; puis il se forme une pseudo-membrane, laquelle s'organise souvent et s'identifie avec la séreuse; il peut s'en former plusieurs couches. Elles durcissent, deviennent cartilagineuses, s'ossifient. Le plus ordinairement la surface libre des membranes séreuses contracte des adhérences médiates ou immédiates avec la surface correspondante; si ces adhérences ligamenteuses se rompent, on trouve des appendices

séreux flottant dans la cavité qu'elles tapissent.

Je ne sache pas qu'on ait trouvé de véritables ulcérations sur ces membranes, mais on y rencontre assez fréquemment des inégalités, des granulations transparentes, grises, noirâtres, etc. On a aussi observé la gangrène de ces membranes.

L'inflammation laisse des vestiges variés dans les organes parenchymateux, et tellement variés qu'il n'en est aucun qui se ressemble. Il est même plusieurs d'entre eux dont on ignore assez complètement les lésions organiques qu'y détermine l'inflammation: néanmoins lorsque pendant la vie on a observé des phénomènes phlegmasiques locaux et généraux, et qu'après la mort on trouve de la rougeur, de la tuméfaction, une augmentation ou une diminution de consistance, on a d'assez fortes raisons de croire qu'il a existé une inflammation. La rougeur plus ou moins foncée d'un organe peut être regardée comme le caractère le plus constant d'une inflammation. Quant à son augmentation de volume, renfermés qu'ils sont pour la plupart dans des parois solides peu extensibles, elle est peu apparente, on ne la juge guère que d'après la déformation que la compression détermine sur leur surface; mais cette augmentation de volume existe indubitablement. Le tissu des organes se ramollit souvent par le travail inflammatoire; on a voulu expliquer ce phénomène par l'infiltration du pus dans la pulpe des organes, mais nous ne pensons pas que telle soit en effet la cause du ramollissement. Les organes enflammés perdent leur force de cohésion, et se déchirent avec la plus grande facilité. Mais un véritable pus peut être ou réuni en foyer ou disséminé dans le tissu même de l'organe.

La diminution de volume générale ou partielle, l'augmentation de densité, des cicatrices, sont souvent la suite de l'inflammation. Pour ce qui est d'une multitude de productions accidentelles, elles ne nous paraissent pas le résultat d'une phlegmasie simple; elles doivent tenir à une cause particulière. L'inflammation peut concourir à les produire, mais seule elle ne suffit pas pour leur donner naissance. Nous reviendrons sur ce point important.

Des lésions organiques analogues à celles que nous venons de décrire se présentent aussi dans les membranes synoviales, dans celles des vaisseaux artériels et veineux, dans le tissu des nerfs, etc.; enfin dans toutes les parties que l'inflammation peut atteindre, et il en est peu qui puissent s'y soustraire.

Tels sont les principaux phénomènes fonctionnels locaux et généraux, et les caractères organiques les plus remarquables que fournissent les inflammations simples. Ce vaste sujet, dont nous ne présentons ici que les sommités, recevra des développements ultérieurs dans le tableau que nous ferons des maladies en particulier; mais nous ne pouvions nous étendre davantage sans dépasser les limites d'un ouvrage de la nature de celui-ci. Ce que nous avons dit doit être suffisant pour faire reconnaître l'inflammation partout où elle se trouve, partout où elle a existé, pour faire reconnaître qu'elle n'a point existé, enfin pour la faire distinguer de tout ce qui n'est pas elle.

Mais l'inflammation ne se présente pas toujours avec ce caractère de simplicité, elle est souvent entourée de circonstances bien tranchées qui indiquent chez elle une nature spéciale, particulière et même spécifique.

Nous appelons *phlegmasie spéciale* celle qui, se montrant constamment avec des caractères propres autres que ceux de l'inflammation simple, n'est cependant pas susceptible de se transmettre par l'insertion d'un virus : le zona et beaucoup de phlegmasies cutanées sont dans ce cas. Nous réservons plus particulièrement l'épithète de *spécifiques* pour les inflammations susceptibles de se transmettre par contagion. Ce que nous disons en ce moment n'est que pour justifier les deux expressions dont nous venons de nous servir. Nous ajoutons d'ailleurs peu d'importance à ces distinctions, parce qu'il est des maladies qu'on pourrait appeler spécifiques, telles que le cancer, et qui ne se transmettent pas par contagion; et d'autres dont le caractère contagieux est révoqué en doute. Toutefois le caractère spécifique est surtout manifeste lorsque la maladie peut se transmettre par communication d'un individu à un autre.

Quelques auteurs, des plus recommandables d'ailleurs, ont rejeté le mot de spécifique pour adopter celui de symptomatique. Nous pensons que ces deux expressions ne peuvent se remplacer mutuellement, et jamais le mot de symptomatique n'aura la même signification que celui de spécifique. Que dans la peste ou le typhus il survienne des bubons ou des pétéchies, sans doute ce seront là des inflammations symptomatiques, parce que ces accidents ne constituent pas le phénomène principal de la maladie; mais l'éruption variolique ne sera jamais considérée comme un simple symptôme, parce que cette éruption est le principal phénomène de la maladie; et les *variolæ sine variolis* des auteurs scholastiques me paraissent une contradiction puérile.

Nous avons déjà parlé des maladies spécifiques, et nous sommes obligé d'y revenir encore. Les jeunes médecins, qui avaient été séduits par l'entraînante simplicité de la doctrine dite physiologique, se sont la plupart rangés du côté de l'évidence. Cependant ils ne cèdent le terrain qu'avec peine et en combattant toujours. Le plus grand argument dont ils se servent aujourd'hui, c'est qu'on ne voit pas la spécificité d'une maladie, qu'on ignore sa nature, qu'on ne peut pas s'en rendre compte, et que, dans la plupart des cas, ces maladies guérissent par le traitement anti-phlogistique simple.

Il est fort aisé de répondre à ces arguments. Et d'abord, depuis quand exige-t-on, pour admettre l'existence d'une chose, d'en connaître la nature intime? Prenons tous les agents physiques dont l'existence est le moins contestée, et voyons si on la connaît autrement que par des effets. Qu'est-ce que la lumière? est-ce un corps, est-ce une émanation? Qu'est-ce que l'électricité? la connaît-on autrement que par les attractions, les répulsions, les étincelles, etc.; c'est-à-dire que par les effets qui tombent sous les sens? Mais quelle est sa nature? qu'est-ce que l'attraction qui agit en raison directe des masses, inverse du carré des distances? quelle est la nature de cet agent? On l'ignore, et pourtant on en calcule les effets avec une merveilleuse précision. Eh bien! les effets du *vice variolique, vaccin* et autres, tombent-ils moins sous les sens que ceux de la lumière, de l'électricité, du calorique, de l'attraction? Non sans doute. Vous prenez au bout d'une lancette une certaine quantité de fluide vaccin; vous développez, en l'insérant sous l'épiderme d'un individu convenablement disposé, c'est-à-dire qui n'a pas été vacciné, et qui n'a pas eu la variole; vous développez, dis-je, une maladie identique, susceptible de se transmettre de la même manière, et vous exigez encore qu'on vous fasse voir la spécificité! Et quels témoignages vous faut-il donc de plus pour vous convaincre de son existence? n'est-ce pas assez des signes positifs qui accablent vos sens?

Mais, dites-vous, à quoi sert d'admettre des ma-

ladies spécifiques, puisqu'elles guérissent toutes par le traitement antiphlogistique? N'est-ce pas là la plus forte preuve qu'il n'y a rien de spécifique?

Il est bien vrai que la guérison des maladies spécifiques arrive dans la plupart des cas par les seuls efforts de la nature ou par un traitement simple; mais cela ne prouve nullement que ces maladies ne soient pas spécifiques. C'est un très-mauvais moyen de juger la nature d'une maladie que de la juger par les effets des médicaments. Que dirait-on d'un médecin qui conclurait qu'une maladie est nerveuse, parce que les *antispasmodiques* ont réussi? Savons-nous ce que c'est que des *antispasmodiques?* savons-nous comment ils agissent? s'ils agissent sur, pour ou contre les nerfs, et comment? Il en est de même des *antiphlogistiques;* le quinquina, les vésicatoires sont souvent des *antiphlogistiques*. C'est donc une manière vicieuse de raisonner que de conclure à la nature d'une maladie *à juvantibus et lædentibus*. En second lieu, il est des maladies spécifiques, telles que la rage, qui ne guérissent nullement par les antiphlogistiques; dire qu'il n'y a pas de spécificité ne fera pas qu'on cherchera le véritable, le seul remède convenable dans cette horrible maladie. Il ne faut donc pas exiger de *voir* la spécificité, il suffit que ses effets soient sensibles, indubitables: c'est ce qu'il est impossible de nier.

Il est très-vraisemblable que l'agent spécifique a son siége dans les fluides. La facilité avec laquelle il se répand dans tout l'organisme et le modifie, comme dans la variole et la vaccine; sa transmission au moyen d'un fluide, etc., tout porte à croire que tel est son siége primitif. Quoi qu'il en soit, cet agent une fois appliqué manifeste sa présence par des phénomènes particuliers, bien caractérisés pour chaque espèce. C'est principalement à la peau que ces caractères sont le plus tranchés. La variole, la vaccine, la varicelle, la rougeole, la scarlatine, etc., ont une physionomie propre qu'il est impossible de confondre. L'analogie et les faits présentés récemment avec beaucoup de talent par M. le docteur Bretonneau, ne permettent pas de douter que les membranes muqueuses ne soient aussi le siége de phlegmasies spécifiques. Les membranes synoviales, les muscles et les parenchymes ne m'en paraissent pas exempts. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet en traitant des maladies en particulier, où nous exposerons les caractères fonctionnels et organiques de chacune de ces maladies.

Il est encore quelques différences générales dans les inflammations, qu'il nous semble important de signaler. Elles peuvent être hypersthéniques ou hyposthéniques; elles peuvent être aiguës ou chroniques.

Il est des phlegmasies qui se présentent avec un cortége de symptômes d'une extrême violence; c'est ce que les anciens et ce que quelques modernes désignent encore sous la redondante épithète d'*inflammatoire;* ils disent une pneumonie, une pleurésie *inflammatoires,* comme si ces maladies pouvaient être autre chose. A la vérité, c'est encore pour les distinguer des prétendues pneumonies ou pleurésies bilieuses, catarrhales, rhumatismales, etc. Dans l'une comme dans l'autre signification, cette épithète est également défectueuse.

Mais une inflammation peut, chez un sujet jeune et doué d'une grande force de réaction, offrir des phénomènes locaux et généraux d'une grande intensité: c'est alors une surinflammation, une inflammation avec hypersthénie. Il peut arriver que les phénomènes locaux fonctionnels et organiques soient très-prononcés, et que les phénomènes généraux ne soient pas en rapport: ce cas est embarrassant; il doit faire craindre la concentration des forces.

Lorsqu'un sujet faible, débile, avancé en âge, est frappé d'inflammation, ou lorsqu'un individu fort a été soumis à un régime débilitant excessif, il survient alors une véritable faiblesse; l'engorgement inflammatoire persiste, parce que l'absorption ayant perdu, comme les autres fonctions, la faculté de s'effectuer, les matériaux de congestion ne peuvent plus être enlevés, et cette congestion peut augmenter encore par une espèce d'épanchement mécanique. Alors la fonction de l'organe malade languit, la douleur a diminué, mais l'étendue de l'altération reste la même ou augmente; la face pâlit et s'altère, la peau devient froide, le pouls faible et misérable, etc.; la soif est moindre, la langue sale, brune et noire; le ventre se météorise, etc.; c'est une inflammation hyposthénique, avec faiblesse, avec adynamie, qu'il faut bien se garder de confondre avec les autres inflammations, et surtout avec celle accompagnée de concentration des forces. La mort du malade en serait le résultat inévitable.

L'inflammation peut avoir une marche lente et chronique, et présenter des symptômes bien différents de ceux que nous avons décrits jusqu'ici. Ils sont quelquefois si obscurs, si peu prononcés, qu'on a beaucoup de peine à reconnaître la maladie. Un état de langueur générale, de la pâleur, de l'inertie dans la plupart des fonctions; quelques douleurs sourdes, profondes, peu vives dans l'organe affecté, tel est l'aspect que présentent les phlegmasies chroniques; leurs progrès sont insensibles; il faut un œil très-exercé pour les reconnaître. Cependant la maladie mine insensiblement l'organisme, et l'individu finit par tomber dans une maigreur extrême, dans un véritable marasme, et meurt. D'autres fois il se rétablit graduellement ou même avec assez de rapidité, lorsque la cause qui entretient la maladie a disparu accidentellement ou par le secours de l'art.

On trouve souvent des désordres organiques très-étendus et peu en rapport avec les symptômes légers observés pendant la vie; ce qu'on attribue à la lenteur de la destruction de l'organe, qui a permis à celui-ci de s'habituer, pour ainsi dire, à sa décomposition partielle.

Les altérations organiques consistent principalement dans l'épaississement et l'induration des organes, dans des épanchements séreux, l'engorgement des glandes voisines, une rougeur pâle et grisâtre, etc.; mais nous sommes loin de penser, ainsi que nous l'avons dit déjà, et comme nous le redirons encore, que ce mode d'inflammation soit la cause unique de toutes les lésions organiques connues.

Des hémorrhagies en général.

Doit-on ranger les hémorrhagies parmi les effets de l'inflammation? Nul doute, si l'on s'en rapporte aux jeunes médecins, qui ne reconnaissent qu'une maladie; mais si l'on en croit ceux qui pensent que des caractères fonctionnels et organiques, essentiellement différents, décèlent, apportent quelque différence dans les maladies, il n'en sera pas ainsi. Nous n'ignorons pas qu'on peut trouver de nombreux points de ressemblance entre ces deux classes d'affections. Les inflammations, les hémorrhagies, reconnaissent des causes occasionnelles et prédisposantes de la même nature; les unes comme les autres peuvent être idiopathiques, primitives ou sympto-

matiques et consécutives; les unes comme les autres peuvent offrir des caractères hypersthéniques et hyposthéniques; elles peuvent être aiguës ou chroniques; elles ont des phénomènes généraux et locaux; elles affectent les mêmes organes, enfin réclament le même traitement. Malgré ces points de contact, parfaitement développés dès 1812, dans la *Dissertation inaugurale* de notre ami le docteur Lefebvre, nous pensons que les hémorrhagies sont loin d'être la même maladie que l'inflammation; un grand nombre de différences les distinguent. Les considérations suivantes le feront connaître suffisamment.

Toutes les fois que la partie colorante du sang s'échappe des conduits qui le renferment naturellement, on dit qu'il y a hémorrhagie. A la vérité, la quantité de sang répandue peut être si peu considérable, qu'elle ne mérite pas ce nom; mais on n'a pas encore déterminé quelle était la quantité de sang nécessaire pour constituer une hémorrhagie, où commençait et où finissait une hémorrhagie. Ce sont de ces choses vagues qu'on a de tout temps abandonnées au jugement des médecins. Nous en dirons autant des hydropisies. Quelle est la quantité de sérosité qui constitue l'hydropisie? Nous l'ignorons.

Quoi qu'il en soit, le sang s'échappe au dehors, il s'épanche dans les cavités naturelles, ou se rassemble en foyer dans le tissu même des organes. Toutes les parties du corps, excepté les tissus très-denses, tels que les os, les cartilages, les ligaments, les tendons, les aponévroses et les nerfs, sont susceptibles d'hémorrhagie. Ainsi on a observé des hémorrhagies à la peau, sur les membranes muqueuses, séreuses, synoviales, dans le tissu lamineux, dans le parenchyme de la plupart des viscères, des muscles, etc. L'hémorrhagie présente suivant ces siéges divers des phénomènes différents.

Dans un très-grand nombre de cas, l'hémorrhagie n'est qu'un symptôme. Elle survient dans beaucoup d'affections, ainsi que nous avons eu occasion de le dire souvent dans cet ouvrage.

Alors elle ne constitue qu'un phénomène secondaire; l'étude de la maladie principale importe seulement au médecin, à moins qu'il ne préfère l'ombre au corps lui-même. On sent bien que nous ne voulons point en ce moment parler de ces sortes d'hémorrhagies; celles qui ne dépendent que de l'exhalation du sang, et qui ne sont liées à aucune autre affection, doivent seules nous occuper ici.

Ceci nous conduit naturellement à parler d'une espèce d'hémorrhagie difficile à classer; elle a lieu par exhalation idiopathique, puisqu'elle est l'effet de la maladie, et cependant ne peut être regardée comme d'un organe éloigné du lieu où elle se manifeste. Je veux parler des hémorrhagies qui surviennent dans les maladies organiques du cœur. Rien n'est plus fréquent que ces sortes d'hémorrhagies; elles se montrent dans tous les organes comme les hémorrhagies idiopathiques. Elles sont le résultat de la gêne que le sang éprouve dans son cours, de la stase de ce fluide dans les tissus perméables. Elles ressemblent parfaitement aux phlegmasies que nous avons nommées consécutives; elles arrivent dans les mêmes circonstances. On voit bien la différence qui existe entre cette hémorrhagie et celles qui, accompagnant les altérations variées des tissus, naissent dans l'endroit même du mal, et qu'on a nommées symptomatiques; nous croyons important de les distinguer. On peut la considérer comme un phénomène des maladies du cœur, et n'en faire mention qu'à ce sujet.

Les hémorrhagies *primitives*, *idiopathiques*, *spontanées*, par simple exhalation, offrent plusieurs points importants à considérer dans leur étude. On distingue des hémorrhagies actives et passives, des hémorrhagies accidentelles, constitutionnelles, supplémentaires, critiques et symptomatiques. Avant de passer outre, nous ferons remarquer que cette dernière dénomination a été donnée aux hémorrhagies qui, survenant dans le cours d'une autre maladie, ne la jugent pas par opposition à l'expression d'hémorrhagie critique, c'est-à-dire qui jugent la maladie; nous croyons que cette dénomination est vicieuse, en ce qu'elle tend à faire confondre sous un même nom deux choses fort différentes, c'est-à-dire les hémorrhagies qui sont la suite de différentes altérations sensibles de tissus, et celles qui, pouvant être idiopathiques, ne sont cependant pas critiques. Il faut donc donner à ces dernières l'épithète plus simple et plus claire d'hémorrhagies *acritiques*.

L'écoulement du sang hors des conduits qui le renferment constitue donc le phénomène caractéristique des hémorrhagies. Les symptômes des hémorrhagies sont tellement différents suivant le siége qu'elles occupent, qu'il est bien difficile de s'élever à une description générale et qui n'offre réellement que des signes communs. Ainsi l'épistaxis, l'hémoptysie, et surtout l'hémorrhagie intestinale et l'hémorrhagie cérébrale, etc., n'ont peut-être de commun que l'issue d'une certaine quantité de sang hors des vaisseaux qui le contiennent naturellement. Les phénomènes fonctionnels locaux occasionnés par les hémorrhagies diffèrent donc essentiellement.

Comment s'effectue cet écoulement du sang hors des conduits qui le renferment? Il n'y a pas de doute que ce ne soit par l'agrandissement des pores perspiratoires, agrandissement qui permet aux globules colorés du sang de s'échapper, tandis que, dans l'état naturel, ces globules, plus volumineux, comme on sait, que les globules non colorés, doivent rester renfermés dans l'aire des vaisseaux, et ne peuvent sortir par leurs pores latéraux. Nous ne parlons pas ici des hémorrhagies qui arrivent par solution de continuité, par rupture, déchirure, ulcération, etc. Les anciens pensaient que c'était toujours par cette cause que le sang s'écoulait; ainsi que nous le verrons plus bas, cette opinion n'est pas fondée. Mais si la portion colorante du sang s'échappe parce que les pores perspiratoires sont dilatés, quelle est la cause de cette dilatation? On a pensé qu'il existait dans ce cas un défaut d'équilibre entre la force de résistance des parois des vaisseaux et la force d'impulsion; que dans un cas cette dernière était supérieure à la résistance naturelle des vaisseaux; que dans l'autre cette même résistance était inférieure à l'impulsion naturelle du sang. Enfin, on a pensé que le sang lui-même, diminué de consistance, d'épaisseur, trouvait plus de facilité à s'échapper par les bouches exhalantes. Toutes ces opinions ne sont que des hypothèses; car il est impossible, avec nos moyens d'investigation, de *voir* le sang s'échapper des parois des vaisseaux capillaires; mais toutes ces conjectures sont probables, et je suis porté à croire que les hémorrhagies peuvent s'effectuer par ces diverses causes.

Dans les cas les plus ordinaires, l'hémorrhagie survient sans phénomènes précurseurs; l'invasion en est brusque, ou du moins les signes avant-coureurs sont inaperçus. Dans quelques circonstances, il survient un trouble local ou général, différent suivant que l'hémorrhagie est hypersthénique, pyposthénique ou intermédiaire. Comme il est rare que la partie

qui est le siége de l'hémorrhagie soit accessible à la vue, il est difficile de reconnaître l'état dans lequel elle se trouve. Les auteurs ont pensé qu'il existait une véritable congestion locale caractérisée par le gonflement des vaisseaux, une légère tuméfaction, la rougeur des parties voisines, phénomènes accompagnés d'un sentiment de plénitude, d'embarras, de tension, de titillation, de prurit, de chaleur. Lorsqu'il existe des phénomènes généraux, ce sont ceux de la phléthore. A la suite d'un frisson qui signale la concentration du sang vers l'organe malade, il survient de la chaleur, le pouls devient fréquent, plein, quelquefois dur.

A peine le sang s'est-il fait jour au dehors, qu'une pâleur profonde couvre le visage, une sueur abondante inonde le front, les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit, faible et concentré. Avant que la perte de sang ait été assez abondante pour affaiblir le malade, les membres sont tremblants, et quelquefois agités de mouvements convulsifs; une anxiété précordiale insupportable se fait sentir: ces phénomènes peuvent en imposer pour une faiblesse réelle, et empêcher le médecin d'employer les moyens convenables. Pour éviter l'erreur, il devra remonter avec soin aux circonstances commémoratives. Les effets dont nous venons de parler ont été attribués, par quelques médecins, à la terreur que l'hémorrhagie inspire à celui qui l'éprouve. Cependant si l'écoulement de sang a été considérable, il peut avoir produit une faiblesse réelle, caractérisée par les signes que nous venons d'exposer, et par des vertiges, des tintements d'oreilles, des défaillances, des syncopes, etc. Lorsque l'hémorrhagie est peu abondante, elle produit souvent un allégement marqué.

Le sang perdu par le malade réclame d'autant plus l'attention du médecin, qu'il peut fournir par ses qualités des indications thérapeutiques importantes. Relativement à sa quantité, il est plus ou moins abondant, et l'on sent bien que de cette abondance il peut naître des indications diverses; par rapport à la manière dont il s'est échappé, il peut avoir coulé en petite quantité, goutte à goutte, sans impétuosité, c'est le *stillicidium sanguinis;* il peut avoir fait irruption en abondance, avec force et rapidité; il peut être consistant, compacte, homogène ou séreux, pâle, séparé en caillot et en sérum; la proportion de celui-ci peut être considérable; le sang peut être rouge, vermeil ou noir, recouvert ou non d'une croûte inflammatoire comme dans les saignées, ce qui est assez rare dans les hémorrhagies spontanées.

La plupart des maladies ont une durée déterminée; l'hémorrhagie peut durer depuis quelques moments jusqu'à un temps indéfini. On a remarqué avec raison que cette maladie avait une singulière tendance à se reproduire, et quelquefois même d'une manière périodique. L'hémorrhagie qui s'est ainsi fréquemment répétée modifie puissamment l'organisme. Le système locomoteur a perdu toute son énergie, l'individu a de la peine à se mouvoir, et le moindre exercice est suivi d'une lassitude profonde; la peau est pâle et même jaunâtre, les lèvres sont décolorées; le visage présente l'aspect de la cire; la peau est froide, le pouls petit, misérable; la respiration gênée, la digestion languissante, l'appétit nul, la soif peu prononcée, la mémoire infidèle, l'attention faible, toutes les facultés intellectuelles dans une profonde inertie; le sang que le malade continue à perdre est pâle, séreux, ténu, sans consistance; les vaisseaux sont affaissés sur eux-mêmes, etc.

On a rejeté dans ces derniers temps la distinction des hémorrhagies en actives et passives; mais ces médecins ayant admis depuis des maladies par faiblesse, ayant d'ailleurs reconnu depuis longtemps le scorbut comme une maladie asthénique avec altération du sang, il y aurait de leur part aujourd'hui une contradiction manifeste à soutenir cette assertion; aussi y ont-ils complètement renoncé. En effet, dès le moment où l'on admet que le scorbut est dans le plus grand nombre des cas une affection hyposthénique, on doit admettre que les hémorrhagies qui surviennent dans cette maladie doivent avoir le même caractère. De plus l'analogie conduit à admettre des hémorrhagies non scorbutiques, mais survenant dans des circonstances telles qu'on ne peut méconnaître, chez l'individu qui en est affecté, une faiblesse manifeste.

L'hémorrhagie hypersthénique se distingue par des caractères bien tranchés; elle survient ordinairement chez des sujets jeunes, robustes, bien constitués, chez lesquels dominent les appareils circulatoire et respiratoire; à la suite de causes excitantes, évidemment actives, telles que les excès, soit habituels, soit passagers, dans les boissons spiriteuses et aromatiques; l'usage d'une alimentation fortement réparatrice, etc. L'individu éprouve un malaise général, de la pesanteur de tête, de la somnolence; les extrémités se refroidissent, en même temps qu'une chaleur incommode se manifeste vers l'organe menacé; un chatouillement, une titillation insupportables se font ressentir vers le même organe, en même temps que des pulsations, des battements incommodes s'y manifestent; la face est rouge et colorée, les yeux brillants; les carotides et les temporales battent avec force; le pouls est fort, plein, fréquent; les veines sont gonflées, saillantes; la respiration est accélérée, etc. Bientôt un sang rouge, vermeil, écumeux, s'échappe avec violence en quantité plus ou moins grande; il se prend en caillot; il est riche, compacte, exempt de sérosité. Après cette évacuation, les phénomènes d'hypersthénie, que nous venons d'exposer, disparaissent graduellement, et l'organisme rentre dans l'ordre accoutumé, à moins cependant que l'hémorrhagie ne soit excessive : alors une faiblesse plus ou moins grande s'empare du malade, ainsi qu'on vient de le voir.

L'hémorrhagie avec hypersthénie peut affecter aussi des personnes faibles en apparence, habituellement pâles et décolorées, mais chez lesquelles il existe néanmoins des signes évidents de surexcitation: chez elles la face est légèrement rosée, les yeux sont animés, le pouls est élevé au-dessus du type ordinaire, etc.; enfin leur état paraît être un diminutif du précédent. J'ai eu souvent occasion d'observer chez des hystériques, entre autres la fille Lhermina, cette boulimique dont j'ai déjà cité l'exemple.

Des caractères opposés sont le partage de l'hémorrhagie hyposthénique. Elle se montre après une série de causes essentiellement débilitantes, pertes abondantes dans tous les genres, réparation insuffisante, fatigues de corps et d'esprit, veilles, chagrins prolongés, etc.; mais surtout une alimentation peu riche, l'usage habituel d'aliments de mauvaise nature, de boissons insalubres, enfin une constitution faible et détériorée. Le sang s'échappe sans phénomènes précurseurs bien marqués; il est noir, fluide, et contient une grande abondance de sérosité. Les signes d'une faiblesse profonde ne tardent pas à se manifester.

S'il n'existait que ces deux espèces d'hémorrha-

gies, on pourrait croire que, dans la première, la violence de l'impulsion du sang, imprimée par le cœur, est supérieure à la force naturelle de résistance des parois des vaisseaux; qu'elle surmonte activement cette résistance, et produit ainsi l'effusion du fluide sanguin. On pourrait croire que, dans la seconde, les parois des vaisseaux affaiblis ne sont plus capables de retenir le sang renfermé dans leur intérieur, ou que ce liquide, trop ténu, trop peu dense, filtre au travers de ces parois; mais avec ces hypothèses, spécieuses à la vérité, comment expliquer ces cas nombreux, et même bien plus nombreux que les précédents, où l'hémorrhagie n'est ni hypersthénique, ni hyposthénique, où elle arrive sans phénomènes précurseurs et chez des sujets qui ne présentent aucune prédisposition? Il faut bien admettre qu'il existe une disposition organique qui n'est ni hypersthénique ni hyposthénique, et qui donne lieu à l'issue du sang. Quelle est cette disposition? Ainsi qu'une multitude de phénomènes naturels, la connaissance nous en a été dérobée.

Lorsque, vers le déclin d'une maladie aiguë, il survient une hémorrhagie qui produit une diminution sensible ou même la cessation complète des accidents, cette hémorrhagie porte le nom de critique. On sent bien qu'il faut se garder de combattre et d'arrêter une semblable hémorrhagie.

On a donné le nom de symptomatiques à celles qui se montrent dans les premiers jours d'une maladie, qui n'apportent aucun amendement, et même qui aggravent ordinairement l'état du malade, *sine decremento morbi, vel potiùs istius cum damno.* Mais nous avons dit que cette dénomination était vicieuse, et qu'il fallait leur donner l'épithète d'*acritiques*, pour ne pas les confondre avec les hémorrhagies qui sont l'effet d'une altération sensible d'organe.

Les hémorrhagies peuvent être habituelles, constitutionnelles pour ainsi dire : on voit des individus avoir à des époques à peu près fixes des épistaxis, des hémorrhoïdes, des hématémèses, etc. Ces espèces d'hémorrhagies deviennent en quelque sorte nécessaires à la santé des personnes qui y sont exposées, et leur suppression produit des accidents analogues à ceux de l'aménorrhée, ou de la dysménorrhée.

Les menstrues et les autres évacuations sanguines habituelles cessent, et dans le même moment on voit paraître sur un point quelconque du corps une hémorrhagie insolite qui remplace la première : c'est l'hémorrhagie supplémentaire. Les exemples n'en sont pas rares; mais le plus frappant que j'aie eu occasion d'observer et de faire voir à mes élèves, c'est celui de la femme Martin. Cette femme avait eu ses règles par tous les points par lesquels le sang peut faire irruption au dehors : hémoptysie supplémentaire, épistaxis, hématémèse, melæna, hémorrhagie intestinale, hémorrhagie par le grand angle de l'œil, par le conduit auditif externe, par le point d'union des ongles avec la pulpe des doigts, enfin par la cicatrice d'un bras amputé. C'est bien certainement dans ce genre un des faits les plus extraordinaires. Les hémorrhagies constitutionnelles sont souvent héréditaires.

On a multiplié à l'infini les distinctions des hémorrhagies. Notre intention n'est pas de les exposer toutes. On a admis des hémorrhagies vagues, par opposition aux hémorrhagies périodiques; des hémorrhagies accidentelles, par opposition aux hémorrhagies habituelles. M. Chomel pense que cette dernière espèce est très-rare; mais il nous semble au contraire que la plupart des hémorrhagies idiopathiques spontanées sont accidentelles; car, qu'elles soient acritiques, critiques, actives, passives, etc., elles sont bien plutôt le résultat d'un accident que l'effet d'une habitude. Cet estimable médecin voudrait qu'on réservât l'épithète d'accidentelles seulement pour les hémorrhagies qui ne se montrent qu'une fois dans la vie, qui sont produites par une cause physique ou morale énergique, et qui ne tiennent à aucune disposition organique préexistante.

On a admis des hémorrhagies traumatiques; ce sont celles qui reconnaissent pour cause une solution de continuité des vaisseaux; solution de continuité produite par un corps vulnérant et non par une altération locale organique des parois de ces vaisseaux, ce qui rentre dans les hémorrhagies symptomatiques. Enfin les hémorrhagies ont été distinguées en artérielles et veineuses; mais cette distinction ne peut appartenir qu'aux hémorrhagies traumatiques ou produites par la solution de continuité d'un vaisseau; car dans les cas de pure exhalation, il est impossible de savoir si le sang s'échappe des artères ou des veines, etc.

Maintenant jetons un coup d'œil sur les altérations organiques que l'on trouve après la mort chez les individus qui ont succombé par ce genre d'affection.

Il est indubitable que l'hémorrhagie a souvent lieu par la rupture d'un vaisseau. J'ai eu occasion de voir l'aire béante d'une artériole ossifiée dans un foyer sanguin cérébral; j'ai vu à la surface d'un cancer ulcéré de l'estomac, chez un individu qui avait éprouvé plusieurs vomissements de sang, une artère d'un assez gros calibre ouverte et béante; et dans l'un comme dans l'autre cas, ce n'était pas l'effet de la dissection, mais bien celui de la maladie. Je crois cependant que cette espèce d'hémorrhagie est rare, et que dans beaucoup de cas où elle a lieu il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de trouver le vaisseau ouvert. Dans le plus grand nombre de ces hémorrhagies idiopathiques, les choses ne se passent point ainsi; on n'observe aucune altération sur la membrane qui a été le siége de l'exhalation sanglante, on n'y trouve ni solution de continuité, ni cicatrice; seulement cette membrane est rouge, injectée, violette, ou très-pâle et très-décolore. En la comprimant, on en voit sourdre souvent une multitude de petits points comme de très-petits grains de sable.

Maintenant, si l'on compare entre eux les phénomènes fonctionnels et organiques des inflammations et des hémorrhagies, on aura facilement la conviction que ces affections doivent former deux classes différentes, puisque, si elles ont des points de contact multipliés, elles en ont un plus grand nombre d'éloignement.

Il est bien vrai que l'exhalation sanglante est fréquemment l'effet de l'inflammation. Ainsi dans la bronchite intense, dans la pneumonie, dans la gastrite, dans l'entérite, etc., il y a souvent du sang dans les matières excrétées. Mais qui ne sent la différence immense qui sépare une bronchite d'avec une hémoptysie? Qui ne connaît la différence qui existe entre l'exhalation sanglante consécutive à la pneumonie, et celle qui peut être le résultat d'une simple exhalation pulmonaire? Dans le premier cas, les phénomènes inflammatoires locaux et généraux sont intenses, et le sang se trouve en très-petite quantité dans les matières muqueuses; il y est intimement mêlé ou y forme de simples stries; dans l'autre cas, il n'existe aucun signe d'inflammation, souvent même aucun phénomène précurseur; et le

malade vomit une quantité considérable de sang. De même pour l'entérite et l'hémorrhagie intestinale : dans la première, quelques stries sanguinolentes serpentent sur les mucosités; dans l'autre, il s'écoule des flots de sang; dans le premier cas, avec tous les phénomènes d'une violente inflammation, et dans l'autre, avec absence de tous ces phénomènes. Un individu est pris trois, quatre fois, dix fois par jour d'une épistaxis : a-t-il un coryza? Je ne le pense pas. Les menstrues sont-elles une phlegmasie? De plus, les altérations organiques ne ressemblent en rien à celles que produit l'inflammation. Concluons que l'altération d'organe qui occasionne l'effusion du sang n'est pas la même que celle que détermine l'inflammation, et qu'on a eu raison de séparer ces deux classes d'affections.

Avant de terminer cet article, nous devons cependant déclarer que les hémorrhagies sont bien plus souvent symptomatiques que de toute autre nature; qu'il est de la plus haute importance pour le malade et pour le médecin de distinguer ces cas. Une hémoptysie n'est point une maladie, ce n'est qu'un symptôme; il s'agit de déterminer à quel genre d'affection elle appartient. Nous verrons plus tard que c'est sur ces distinctions que toute médecine rationnelle est fondée. Il faut savoir si elle est primitive ou consécutive, idiopathique, ou symptomatique; si elle appartient à une exhalation bronchique, à une ulcération tuberculeuse, à un anévrysme du cœur, à une apoplexie pulmonaire, etc.; alors, seulement alors, on peut porter un pronostic assuré et prescrire des médicaments utiles.

Des exhalations séreuses, morbides.

J.-P. Frank nous paraît avoir fait très-sagement de rapprocher les unes des autres toutes les maladies qui frappent les organes exhalants; cette méthode nous semble fort naturelle. Les flux séreux, muqueux et autres, nous paraissent parfaitement bien placés avec les hémorrhagies. Ces états morbides présentent en effet entre eux beaucoup de points de contact.

Mais convient-il de faire des hydropisies une classe particulière d'affections, distincte, séparée des autres? ou bien les hydropisies, n'étant qu'un phénomène concomitant, symptomatique de plusieurs maladies différentes dont elles ne sont pour ainsi dire qu'une manière d'être, doivent-elles être rayées du cadre nosographique, et rapportées aux maladies dont elles dépendent?

Dès nos premiers pas dans la carrière médicale, nous avons été frappé, non pas seulement du nombre des cas, mais de ce que dans tous les cas d'hydropisies, très-fréquentes dans notre hospice, l'épanchement séreux était accompagné d'une lésion organique sensible. Cette coïncidence constante nous avait fait conclure de bonne heure que ces épanchements séreux n'étaient que consécutifs à une autre altération; qu'en conséquence ils ne devaient être regardés que comme des phénomènes secondaires, de peu d'importance; quel que fût leur développement, ils ne devaient jamais être pris pour base du traitement, et qu'ils étaient loin de mériter l'attention que les anciens médecins leur apportaient. Depuis que nous professons la médecine basée sur l'organisme, nous avons tous les ans exposé cette manière de voir. Nous faisons en effet remarquer que les collections séreuses qui constituent les hydropisies accompagnent constamment les maladies organiques du cœur et des gros vaisseaux, du poumon et des viscères contenus dans l'abdomen. Ainsi nous croyons que c'est embarrasser l'art par des divisions superflues que d'admettre une classe particulière des hydropisies. Cependant, comme ce phénomène est fréquent, qu'il obscurcit quelquefois la maladie principale par la gravité des accidents qu'il produit; comme dans certaines circonstances il peut modifier le traitement à suivre, on ne peut se dispenser d'en tracer le tableau.

Mais avant d'aller plus loin, jetons un coup d'œil sur la cause organique des hydropisies.

Les causes organiques de l'épanchement séreux, quels que soient son siége et son étendue, paraissent être dans l'inflammation des parties dans lesquelles il se forme, ou dans les parties voisines; un obstacle au cours du sang veineux, ou à celui du sang artériel; un obstacle à la circulation lymphatique; enfin, peut-être, une atonie dans quelques parties de ces différents systèmes, et aussi un état hypersthénique de quelques-uns d'entre eux. Ces dernières causes sont loin d'être démontrées, et ne suffiraient pas pour établir l'existence des maladies vitales. Car enfin, pour le redire, ces états d'hyposthénie et d'hypersthénie ne peuvent être eux-mêmes que des modifications organiques.

Rien n'est plus facile que de démontrer que les hydropisies ne sont souvent qu'un effet purement inflammatoire. Mais les hydropisies dites actives, aiguës, hypersthéniques, inflammatoires, etc., n'ont réellement été étudiées sous ce point de vue que dans ces derniers temps. Jusqu'alors, guidés par le penchant d'individualiser chaque phénomène morbide, les anciens avaient certainement regardé toute collection séreuse ou séropurulente comme une maladie particulière et nullement comme un effet consécutif. C'est la conséquence qu'on est forcé de tirer en lisant leurs écrits avec quelque attention. M. Rayer, jeune médecin rempli de talent, qui a traité la question qui nous occupe avec grand luxe d'érudition, s'est plu à rassembler dans son travail une multitude de faits qui prouvent jusqu'à l'évidence que les anciens ont souvent pris des pleurésies, des péricardites, des péritonites, etc., accompagnées d'épanchement, pour de véritables hydropisies. L'étude de la nature nous a conduit aux mêmes conséquences, et nous avons vu que, toutes les fois qu'il existait un épanchement un peu considérable, sans lésion organique, cet épanchement était dû constamment à une phlegmasie aiguë ou chronique. L'état des membranes séreuses, la couleur trouble, floconneuse de la sérosité épanchée, ne pouvaient laisser aucun doute sur la nature de la maladie qui avait déterminé l'épanchement. Les membranes séreuses sont ordinairement opaques, nacrées, couvertes de fausses membranes, molles lorsqu'elles sont récentes, ou denses, serrées, organisées, lorsqu'elles sont anciennes. Des granulations transparentes et prodigieusement nombreuses, des dépôts pigmentaires, noirs, bruns, etc., attestent que ces membranes ont été le siége d'un travail inflammatoire. Voilà ce que démontrent les observations et les ouvertures de corps. Mais, dira-t-on, ces cas n'ont jamais été pris pour des hydropisies *essentielles*, jamais on n'a confondu les suites d'une phlegmasie avec l'augmentation disproportionnelle de l'exhaltation ou la diminution de l'inhalation. C'est alors qu'en ouvrant les ouvrages des auteurs classiques, les exemples se présentent en foule pour appuyer cette assertion, et l'on retrouve dans leurs observations d'hydropisies tous les caractères organiques que nous venons de tracer. L'immense répertoire de Morgagni, Lieutaud, et Corvisart, Sénac, une multitude d'autres auteurs fourniront les preuves de ce que nous avançons.

Mais en reconnaissant que l'inflammation est très-souvent la cause de l'épanchement séreux, savons-nous comment s'opère cet épanchement, par quel mécanisme il s'effectue? C'est ici que nos connaissances précises s'arrêtent; c'est ici qu'on ne trouve plus que des probabilités, des conjectures même : les uns pensent que l'épanchement séreux est dû à la compression des vaisseaux lymphatiques par le gonflement inflammatoire des vaisseaux sanguins; les autres, que l'inflammation augmente l'action des vaisseaux exhalants; d'autres enfin, qu'elle dilate les pores des vaisseaux capillaires, artériels et veineux, et qu'elle permet ainsi l'épanchement d'une plus grande proportion de fluide séreux. Il est sans doute quelque chose de vrai dans ces explications; mais aucune observation directe et positive ne peut empêcher de ne les regarder jusqu'ici que comme des hypothèses plus ou moins ingénieuses.

Concluons que les hydropisies dont nous venons de parler ne sauraient former une classe à part de maladies, et que leur histoire ne peut être séparée de celle des phlegmasies qui les produisent.

Les anciens pensaient que les hydropisies étaient dues à un obstacle apporté au cours du sang veineux; mais, dépourvus qu'ils étaient de connaissances anatomiques, leur opinion n'était guère que le résultat de spéculations purement théoriques; à peine quelques-uns d'entre eux citaient-ils un petit nombre d'observations imparfaites pour appuyer leur manière de voir. Aussi, après la belle découverte de la circulation lymphatique, ce système mal étayé ne fut-il pas difficile à ébranler et à détruire, et jusque dans ces derniers temps on a regardé les hydropisies comme l'effet d'une altération des organes de la circulation lymphatique. C'est en effet dans les altérations organiques du système lymphatique que M. Pinel avait classé les maladies qui nous occupent. Un jeune médecin, M. Bouillaud, a recueilli récemment une certaine quantité de faits tendants à faire reconnaitre les obstacles apportés au cours du sang veineux comme la cause des épanchements séreux.

Il est, en effet, indubitable que dans ces observations, et dans une multitude d'autres rassemblées par M. Rayer, il existe véritablement un obstacle à la circulation veineuse, et nous pensons qu'on doit admettre cette lésion organique comme une cause fréquente d'hydropisie.

Dans des cas très-multipliés d'épanchement de sérosité on a trouvé un obstacle mécanique à la circulation veineuse : des concrétions fibrineuses, albumineuses, ont été rencontrées dans la veine cave à diverses hauteurs; la compression que l'utérus exerce sur les veines iliaques est suivie, vers le neuvième mois de la grossesse, de l'infiltration des extrémités inférieures. Les kystes volumineux de l'ovaire; les tumeurs développées sur le trajet des veines, telles qu'un anévrysme de l'aorte ou autre; la ligature d'une veine; la destruction totale d'une veine d'un certain calibre; la compression exercée par une hernie crurale, par un tubercule, un cancer, etc., la phlébite, etc., ont donné naissance à des collections hydropiques.

Il paraitrait donc bien démontré qu'un obstacle au cours du sang veineux pourrait être fréquemment la cause mécanique de l'épanchement séreux; mais de puissantes objections peuvent être adressées à cette manière de voir, et peuvent faire naitre quelques doutes à cet égard. Et d'abord, la compression exercée sur les veines par les différentes tumeurs dont nous avons parlé ne s'exerce pas sur ces vaisseaux d'une manière tellement exclusive qu'elle n'agisse en même temps sur les vaisseaux lymphatiques; et dès lors est-il bien certain que l'obstacle au cours du sang veineux soit la véritable cause de l'épanchement séreux? D'un autre côté, la compression, la ligature, la destruction d'une veine ne sont pas constamment suivies d'hydropisie. On peut ajouter que dans un grand nombre de cas d'hydropisie on n'a reconnu aucune altération du genre de celles que nous avons signalées; mais, malgré ces objections, il n'en demeure pas moins démontré pour nous que les causes mécaniques, dont nous venons de parler, sont une occasion très-fréquente d'hydropisie.

Mais les obstacles à la circulation veineuse ne sont pas les seules causes de l'état pathologique qui nous occupe. Il est évident que, dans quelque point de la circulation que se trouve l'obstacle, l'effet devra être le même. Supposons que l'aorte soit ossifiée, qu'arrivera-t-il en dernière analyse? Le sang ne stagnera-t-il pas de proche en proche jusque dans les dernières ramifications vieneuses, et dès lors l'effusion séreuse ne doit-elle pas arriver? C'est aussi ce que démontre l'expérience. Un obstacle existe-t-il dans l'aorte, le cours du sang est plus ou moins gêné; ce fluide stagne dans le ventricule gauche, dans l'oreillette du même côté, dans le poumon, dans le ventricule droit, dans l'oreillette droite, dans les veines caves, enfin dans toutes leurs divisions : aussi observe-t-on dans ces cas des hydropisies générales; il n'est pas de cavité qui soit exempte d'épanchement, et le tissu cellulaire sous-cutané est alors fréquemment infiltré. Aussi je ne balance pas à regarder les altérations du système artériel et du cœur comme une cause organique de la production des hydropisies au moins aussi puissante que la précédente.

Ici s'élève encore la question de savoir comment un obstacle à la circulation veineuse et artérielle produit l'hydropisie. Par quel mécanisme la sérosité contenue dans les capillaires s'échappe-t-elle au dehors, se rassemble-t-elle dans les cavités naturelles, dans le tissu cellulaire, dans le tissu des organes? Peut-être quelque jour des recherches plus attentives pourront éclairer ce point encore inaperçu, sur lequel on ne possède jusqu'ici que des hypothèses plus ou moins ingénieuses.

Il est encore une cause organique qui peut donner lieu à la production de l'épanchement séreux; nous voulons parler des lésions de l'appareil lymphatique. Ces lésions ont été reconnues par un grand nombre de médecins du plus grand mérite; si l'on en croit leur rapport, on a rencontré des hydropisies dépendantes de calculs contenus dans le réservoir du chyle, d'obstructions du canal thorachique, de compression de ce canal par une tumeur développée sur son trajet, de la ligature de ce canal sur les animaux vivants, de rupture de ce même organe. La rupture des vaisseaux lymphatiques, leur inflammation, leur compression, leur ligature, leur destruction par une plaie ou un ulcère; l'obstruction, la destruction, l'extirpation d'une glande lymphatique, paraissent avoir été suivies de la formation d'hydropisies diverses. Mais il faut avouer que la plupart des faits rapportés par ces auteurs sont loin d'être assez concluants pour les faire regarder comme la cause nécessaire des épanchements dont nous parlons; plusieurs d'entre eux doivent seulement être considérés comme une cause *possible*, *probable*, de ces épanchements.

Mais ne pourrait-il pas se faire qu'une disposition particulière des fluides pût occasionner l'hydropisie

sans lésion préalable des tissus? Nous ne sommes pas éloigné d'admettre cette cause, en faveur de laquelle milite une multitude de faits. La prédominance du sérum dans le sang, qu'on peut constater par la simple inspection, peut être favorisée par un grand nombre de causes. L'abus des boissons aqueuses, qui délaient le sang dans toute la force de l'expression; l'usage immodéré des évacuations sanguines, des évacuations excessives dans tous les genres; l'habitation des lieux bas et humides, soit en empêchant la perspiration, soit en occasionnant l'absorption d'une grande quantité de vapeurs aqueuses; une alimentation pauvre et relâchante, etc., déterminent très-certainement la formation d'une très-grande proportion de sérum.

Il est incontestable que ces causes produisent l'effet dont nous parlons; mais celles qui le déterminent de la manière la plus inévitable, ce sont sans contredit les émissions sanguines réitérées. Après un certain nombre de saignées, le caillot diminue de plus en plus, est réduit presque à rien, et nage dans une abondante sérosité. J'ai eu de fréquentes occasions de voir les infiltrations des membres survenir ou augmenter du jour au lendemain, après avoir fait pratiquer une saignée jugée nécessaire pour une imminente suffocation, chez des individus encore assez forts. Dans cet état de choses, est-il bien difficile de concevoir la formation d'un épanchement séreux? Les observations microscopiques ayant démontré que les molécules blanches du sang étaient moins volumineuses que les globules rouges, leur passage par les extrémités exhalantes ne se conçoit-il pas facilement? Mais ces conditions du sang tombent moins sous le sens que les altérations précédentes, et pour cela ont été justement révoquées en doute.

Jusqu'ici nous n'avons examiné que des causes plus ou moins faciles à apprécier; mais de quoi dépendent des infiltrations qui surviennent chez des personnes fort bien portantes d'ailleurs? Après avoir passé plusieurs jours et plusieurs nuits en voiture, comment la station prolongée détermine-t-elle l'œdème des extrémités inférieures? Une jeune fille, au moment de ses règles, reçoit une grande quantité d'eau froide sur le corps; les règles se suppriment, il survient une infiltration de toute l'extrémité inférieure gauche : quel désordre organique existe-t-il dans ce cas? Il n'y a ni inflammation, ni obstacle au cours du sang artériel ou veineux, ni lésion de l'appareil lymphatique, ni même altération du fluide dans sa composition. D'où vient cette influence des lois de la pesanteur dans les premiers cas, et comment expliquerez-vous l'œdème dans le dernier? Vous dites que l'action des veines, ordinairement favorisée par celle des muscles, est ralentie, affaiblie dans le cas de station prolongée par le repos absolu de ces organes. Fort bien; mais si vous admettez cette cause de faiblesse d'action, je ne vois pas pourquoi vous rejetterez celle qui dépend de toute espèce de causes débilitantes, parmi lesquelles le défaut de réparation, les pertes excessives, une suppuration abondante, etc., tiennent le premier rang, et à la suite desquelles on voit fréquemment survenir des œdèmes, des infiltrations de tous genres.

De ce qui précède, concluons que les épanchements séreux sont le résultat immédiat de la disproportion qui existe entre l'exhalation et l'inhalation; mais que presque dans aucun cas cette disproportion n'est essentielle, idiopathique, mais bien symptomatique d'une multitude de lésions diverses que nous avons énumérées, telles qu'inflammations, obstacles au cours du sang artériel et veineux, obstacles à la circulation lymphatique, altération du sang, etc.; que par conséquent on ne peut conserver les hydropisies dans un cadre nosographique; que n'étant qu'un effet consécutif, qu'un symptôme, on doit les rattacher aux maladies qui les produisent; que cette manière de les considérer est bien plus pratique, bien plus médicale, si l'on peut s'exprimer ainsi, que de les ranger sous le même ordre, ce qui tend à les faire regarder comme d'une même nature, et conduit à les faire traiter par les mêmes moyens, ce qui est aussi absurde que dangereux.

Quoi qu'il en soit, le phénomène dont nous parlons est trop fréquent, il modifie trop souvent les moyens à employer pour que nous négligions d'en donner une esquisse générale.

Les phénomènes locaux organiques et fonctionnels des épanchements séreux varient sous tant de rapports, qu'il est plus difficile d'en donner une idée générale que de tous les états pathologiques dont nous avons parlé jusqu'ici. Les hydropisies ont leur siége dans les cavités des membranes séreuses, l'arachnoïde, la plèvre, le péricarde, le péritoine, le périteste, la membrane qui tapisse les chambres de l'œil, les membranes synoviales, le tissu cellulaire, les parenchymes de certains organes; dans des cavités naturelles, la vésicule biliaire, l'utérus, etc.; dans des kystes accidentels, principalement développés sur la matrice, des hydatides, etc. Le principal phénomène local, on pourrait même dire le seul, est l'épanchement de la sérosité. Mais à quel degré commence l'état d'hydropisie? C'est ce qu'on n'a pas déterminé, et ce qu'il est en effet impossible de faire. Dira-t-on qu'il n'y a hydropisie que lorsque l'ordre physiologique éprouve quelque dérangement? Mais combien ne voit-on pas d'épanchements, même considérables, qui ne produisent aucune altération fonctionnelle? Dira-t-on que, pour qu'il y ait hydropisie, il est nécessaire qu'il existe une *quantité notable* de fluide épanché? Mais quelle sera cette quantité? Celle qui constituera une hydropisie très-fâcheuse pour le cerveau ou le péricarde, ne sera seulement pas aperçue dans la plèvre ou dans le péritoine. Ainsi, comme pour les hémorrhagies, le point où la collection séreuse constitue l'hydropisie est entièrement arbitraire, et partant très-vague. Suivant que la sérosité se trouve épanchée dans une cavité à parois extensibles ou non, les phénomènes locaux varient; ils varient encore suivant la quantité plus ou moins grande de liquide épanché. Nous dirons à ce sujet que les auteurs qui ont écrit sur l'hydropisie ont singulièrement exagéré l'importance de la quantité du fluide. Ils se sont complus à la mesurer, à la noter exactement, et souvent même à l'exagérer beaucoup. Et qu'importent quelques livres de plus ou de moins de sérosité dans le bas-ventre, lorsque cette cavité se trouve distendue outre mesure? Mais ils ont été séduits par le merveilleux, espèce de talisman qui ne manque jamais son effet dans l'enfance des arts et des sciences, et en général des sociétés naissantes.

La nature du fluide épanché varie suivant la cause organique qui l'occasionne. Dans les hydropisies provenant d'une inflammation, le fluide épanché dans les cavités ou dans le tissu cellulaire est séreux, mais opaque, plus ou moins épais, plus ou moins purulent; il contient des grumeaux, des flocons, des corpuscules jaunâtres de diverses grosseurs. La couleur de la sérosité est blanchâtre, lactescente, ou jaune, fauve, et quelquefois rougeâtre, sangui-

nolente. Les tissus environnants présentent tous des caractères que nous avons attribués au travail inflammatoire.

Dans les autres espèces d'hydropisies, le fluide est clair, transparent, limpide, légèrement jaunâtre ou verdâtre, ressemblant parfaitement à un petit-lait bien clarifié, à de l'urine ténue. Sa nature est à peu près celle du sérum du sang; il contient une moindre proportion d'albumine. Il est composé d'eau, d'albumine, de carbonate, et de lactate de soude et de potasse. Les tissus environnants ne présentent aucune espèce d'altération; ils sont ordinairement pâles, incolores, exsangues.

L'hydropisie n'étant qu'un symptôme, on pense bien qu'il doit exister des phénomènes locaux plus importants que ceux que nous avons exposés : nous voulons parler de ceux qui caractérisent la lésion organique qui produit l'effusion séreuse; mais la description de cette altération ne peut être donnée que dans un autre moment.

Quant aux phénomènes généraux fonctionnels, ils sont aussi ceux des maladies dont nous parlons. On a cependant remarqué que la face était pâle, décolorée, terreuse, les *caroncules pâles* (on se rappelle ce que nous avons dit précédemment de ce signe) la peau blanche, blafarde, sèche, flasque ou tendue, semi-transparente; la soif très-vive, l'appétit nul, la digestion difficile, l'urine peu abondante, rouge, trouble, bourbeuse; la respiration gênée; le pouls petit, mou, fréquent, quelquefois irrégulier; le sommeil peu réparateur, la faiblesse extrême, l'accablement intellectuel et moral porté à un haut degré, etc.

Exhalation muqueuse morbide; flux muqueux.

Des auteurs, d'ailleurs très-estimables, ont fait une classe à part des exhalations muqueuses morbides, sous le nom de flux muqueux. D'après les principes de la médecine organique nous ne pouvons encore ici reconnaître qu'un symptôme, c'est-à-dire qu'un effet; et ce que nous venons de dire des exhalations séreuses s'applique entièrement aux exhalations muqueuses : celles-ci nous paraissent augmentées dans les mêmes circonstances et par les mêmes causes organiques. L'inflammation aiguë ou chronique est presque toujours la cause des *phlegmorrhagies ;* mais il n'est pas rare, principalement chez les veillards, d'observer une expectoration très-abondante d'une mucosité limpide transparente, laquelle ne peut être attribuée à aucun travail inflammatoire, et qui nous a toujours paru la suite des maladies du cœur ou des gros vaisseaux : tel est l'asthme humide et le catarrhe pituiteux de quelques auteurs. Frappés des simples apparences, ils ont négligé de remonter à la véritable cause organique de ces phénomènes, et nous croyons l'avoir trouvée dans les dérangements de la circulation.

J'ai cependant eu occasion d'observer un cas fort singulier : un hypocondriaque d'une haute stature, d'une forte constitution, exempt de toute affection organique quelconque, est pris assez fréquemment, à diverses heures du jour et sans cause appréciable, quelquefois à la suite d'une vive impression morale, d'un écoulement très-abondant d'une mucosité limpide, chaude, âcre, par les narines. Cet écoulement dure deux, trois heures, plus ou moins, et cesse tout-à-coup; la pituitaire rentre dans son état ordinaire, comme s'il n'était rien arrivé. Qu'est-ce que cette altération ? est-elle simplement due à l'influence de l'encéphale? faut-il admettre là une inflammation? Mais cette maladie n'en présente ni la marche ni les symptômes. Au reste ces cas doivent être rares, et l'on doit les considérer comme exceptionnels. Comment regardera-t-on aussi certaines leuchorrées qui précèdent et suivent chez les femmes le flux menstruel? Si l'on dit que c'est une exhalation physiologique, que sera l'écoulement muqueux habituel qui a lieu chez elles dans les intervalles des époques menstruelles? Ces fleurs blanches seront-elles le résultat d'une phlegmasie chronique, si les premières ne sont pas telles? Quelque temps de plus dans la durée suffira-t-il pour leur donner le caractère inflammatoire? Ne se pourra-t-il pas que cette exhalation soit simplement augmentée comme dans l'état physiologique, mais jusqu'au point de fatiguer la malade, d'altérer, de détruire même sa santé, et cela par une disposition organique particulière, par un véritable relâchement des bouches exhalantes? Nous croyons cela possible, et ces cas sont sans contredit très-embarrassants, à cause de la difficulté qu'on éprouve à les distinguer des phlegmasies chroniques. Quoi qu'il en soit, nous persistons à croire que l'augmentation de l'exhalation muqueuse constituant un état morbide dépend, 1°, dans le plus grand nombre des cas, d'un travail inflammatoire; 2°, d'une maladie chronique éloignée, et surtout d'un obstacle à la circulation; 3°, d'une disposition organique particulière, *seulement probable*, de la membrane muqueuse; 4°, enfin, de l'influence du système nerveux. On peut placer dans cette dernière catégorie l'abondance, la liquidité et la fétidité des selles occasionnées par la crainte d'un grand danger : il est indubitable que dans cette circonstance il n'y ait une augmentation sensible de l'exhalation intestinale, par la seule influence de l'innervation, sans le moindre travail inflammatoire.

Considérant en résumé l'exhalation morbide dont nous parlons comme un simple symptôme, un effet purement accessoire, au moins dans la pluralité des circonstances, nous n'en donnerons les caractères qu'en parlant des maladies en particulier.

Exhalation cutanée morbide; éphydrose.

Si les exhalations dont nous avons parlé jusqu'à présent ne sont le plus ordinairement que des symptômes et non des maladies par elles-mêmes, idiopathiques, nous pensons qu'à plus forte raison on doit considérer ainsi la sueur, et nous nous serions abstenu de tracer ce paragraphe, si des auteurs du plus grand mérite n'avaient fait un genre de maladie de la sueur morbide comme ils en avaient fait un de l'exhalation séreuse. Qu'il existe une sueur morbide, une augmentation plus ou moins considérable de la perspiration cutanée, cela est indubitable; mais que cela tienne à une maladie propre au tissu de la peau, voilà ce qui est plus que douteux. Nous avons exposé précédemment (page 98), les circonstances principales dans lesquelles la sueur se manifestait. Nous avons distingué des sueurs générales et partielles, des sueurs symptomatiques, colliquatives, critiques, etc. Ce sont les seules que nous adoptions; toutes les causes qui augmentent l'action du cœur et l'innervation provoquent la sueur, et ce sont toutes les maladies avec hypersthénie. La perspiration cutanée remplace souvent aussi une autre excrétion, dont elle est succédanée; mais pour les sueurs idiopathiques, nous croyons qu'elles ont été admises avec trop de facilité : bien entendu qu'on ne doit pas ranger dans cette espèce les sueurs provoquées par toute espèce d'excitant physiologique.

Maintenant il resterait peut-être à déterminer

quelle est la cause organique de la sueur, par quel mécanisme s'opère cette espèce de distillation; comment il se fait que, lorsqu'il existe une ulcération dans le poumon, une suppuration dans tout autre organe, il survient en même temps une sueur abondante qui affaiblit de jour en jour le malade et le précipite vers le tombeau? Mais cette question n'est pas susceptible d'explications très-rigoureuses, et serait d'ailleurs peu utile sous le rapport thérapeutique. Nous pensons qu'il suffit de savoir que la sueur n'est jamais qu'un symptôme, et par conséquent que ce n'est pas contre elle qu'il faut diriger les moyens de traitement, mais vers la maladie qu'elle accompagne : c'est assez pour faire juger l'utilité de prétendus remèdes administrés avec une confiance admirable vraiment contre cet accident consécutif.

Sécrétions morbides.

On a rapporté de nos jours tous les dérangements des sécrétions à l'irritation des organes sécréteurs; quelque simple que soit cette théorie, quelque satisfaisante qu'elle soit pour l'esprit, il faut cependant avouer qu'elle ne nous paraît pas toujours d'accord avec l'expérience.

L'inflammation des organes sécrétoires diminue d'abord, ainsi que nous l'avons vu, le fluide sécrété, bientôt l'altère dans sa composition, l'augmente ensuite, et lui permet de reprendre ses qualités premières; mais il est des circonstances où tout-à-coup et sans cause bien appréciable le fluide sécrété augmente d'une manière excessive, et bientôt et d'une manière tout aussi inopinée revient à son type normal. Quelquefois il persiste un temps plus ou moins long, conservant toutes les qualités qu'il présentait dans l'état physiologique, d'autres fois offrant quelque perversion dans sa composition.

Les deux sécrétions morbides les plus extraordinaires et les plus inexplicables, ce sont sans contredit le choléra-morbus et le diabétès, dont nous donnerons les caractères fonctionnels; quant aux caractères organiques, nous devons avouer qu'ils nous sont entièrement inconnus, et nous pensons que ceux qui attribuent ces sécrétions pathologiques à l'irritation de ces organes ne sont pas plus avancés que nous. Certes, dans nos principes de médecine *physique*, il est impossible qu'il n'existe pas une lésion dans l'organe sécréteur, mais cette lésion de tissu s'est jusqu'ici dérobée à nos recherches. Quant aux phénomènes fonctionnels, on doit avouer qu'ils ne ressemblent nullement à ceux que nous avons attribués à l'inflammation.

Des névroses en général.

Existe-t-il une classe distincte d'affections qui mérite le nom de névroses, ou bien ce mot n'a-t-il été donné qu'à des phénomènes fonctionnels dépendant d'altérations organiques qu'on avait méconnues? Les névroses sont-elles toutes des phlegmasies? Tel est l'état actuel de la médecine, que les points qui paraissaient jusqu'à ce jour le plus solidement établis ont été remis en question, ont été ébranlés jusque dans leurs fondemens, et que quelques-uns même paraissent avoir été renversés sans retour. Ce n'est peut-être pas un mal pour la certitude de l'art de revoir ainsi chacune des parties qui le composent, de les passer de nouveau au creuset d'une critique sévère. La vérité doit nécessairement jaillir de cet examen. Assez et trop longtemps on a reçu comme des oracles sacrés ce que nos devanciers nous ont transmis; séparons enfin l'or de l'expérience des scories qui l'enveloppent.

Persuadé depuis mon enfance que toutes les altérations fonctionnelles doivent reconnaître pour causes des altérations organiques, je ne voyais pas sans dégoût cette classe de maladies sans siége auxquelles on a donné le nom de névroses. J'étais convaincu que la plupart ne devaient leur existence qu'à l'ignorance où l'on était sur leur nature, et qu'une observation plus attentive finirait par en dévoiler le siége. J'étais persuadé que toutes les fois que les médecins éprouvaient quelque embarras de diagnostic, ils tranchaient la difficulté en établissant que la maladie était nerveuse. C'est d'après cette manière de voir que j'ai été conduit à découvrir que l'asthme des vieillards, dont on avait fait une prétendue névrose, n'était qu'un symptôme d'une lésion organique, opinion qui n'est plus contestée que par un petit nombre de médecins. C'est d'après elle encore que j'ai été conduit à rattacher la paralysie, considérée jusqu'ici comme une névrose, aux nombreuses altérations du cerveau et de ses dépendances. J'ai la certitude qu'une grande quantité de prétendues névroses seront un jour rayées du nombre de cette classe obscure de maladies; à mesure que la médecine organique fera des progrès, on verra tomber successivement le voile qui couvre encore beaucoup d'affections qu'on regarde aujourd'hui comme nerveuses, faute de mieux.

Cependant je suis loin de nier que le système nerveux ne soit susceptible de devenir malade : je veux dire seulement qu'on a beaucoup trop exagéré le nombre de ses maladies. Il est à regretter qu'on ne puisse reconnaître le mode de lésion organique qui doit subsister dans le tissu des nerfs. Peut-être (mais ce n'est là qu'une conjecture) que l'agent nerveux est susceptible de pécher et par excès et par défaut; qu'il peut se trouver en plus et en moins dans les organes, et y produire les accidents qu'on nomme nerveux. Peut-être est-ce à cette cause qu'on doit attribuer les spasmes et les convulsions de toute espèce; et c'est ainsi que nous l'avons entendu, lorsque nous avons dit que l'hystérie, l'épilepsie étaient des maladies qui dépendaient de l'altération d'un fluide. L'agent nerveux, paraissant simple de sa nature, ne peut être altéré dans sa composition; mais rien n'empêche qu'il soit en excès ou en défaut. Dès lors cet agent, échappant à nos moyens d'investigation, se dissipant même après la mort, ne devrait laisser aucune trace de sa présence. Cette pensée fera toujours le désespoir de la médecine organique.

Ainsi, quoique dans beaucoup de cas on ait exagéré le nombre des maladies nerveuses, on ne peut cependant s'empêcher d'en reconnaître l'existence.

M. Georget nous paraît être dans la voie de la saine médecine lorsqu'il emploie ses efforts à établir que les névroses ne sont pas des inflammations; mais, entraîné par un sujet qu'il affectionne, ce médecin distingué nous semble quelquefois dépasser le but.

Les symptômes qui caractérisent les maladies nerveuses sont des modifications du mouvement ou du sentiment, des sens et de l'intelligence; ils sont infiniment nombreux et variés, ainsi que nous le verrons en traitant des maladies qu'on regarde encore comme des névroses.

Les tremblements, les convulsions, les spasmes, les mouvements désordonnés, l'immobilité des membres, du tronc, des muscles de la face; des douleurs de toute espèce, l'insensibilité; des sensations

de froid, de chaud, d'un corps étranger; les aberrations des sens, leur diminution de sensibilité; la folie, l'hypocondrie, etc., etc., sont les symptômes principaux que quelques auteurs regardent encore comme caractéristiques des névroses.

Ces maladies sont essentiellement chroniques, et reviennent ordinairement par intervalles plus ou moins réguliers; elles altèrent peu les organes de la vie organique, de manière que l'individu peut jouir d'une santé à peu près parfaite dans les intermissions plus ou moins longues qui séparent les accès de son affection. Non seulement l'appétit et la nutrition ne sont nullement troublés chez les sujets affectés de névroses, mais la circulation est parfaitement naturelle. Il n'existe aucun phénomène fébrile; et lorsque le pouls est fort et accéléré, ce phénomène peut être considéré comme secondaire. Les symptômes de l'accès, qui dure peu de temps, sont ordinairement portés à un tel point de violence qu'ils inspirent la terreur et l'effroi; et cependant il est rare qu'ils soient dangereux, les malades succombent presque constamment à des affections étrangères à leur maladie. La guérison de ces maladies est difficile à obtenir, quels que soient les moyens qu'on emploie; elles ont une durée illimitée, et à la mort elles laissent peu de traces après elles : celles qu'on dit avoir rencontrées sont évidemment l'effet de la maladie plutôt que sa cause organique. La preuve en est que ces altérations arrivent sans névroses, et les névroses sans ces altérations. On peut les considérer comme concomitantes et comme accidentelles. Ainsi, périodicité ou du moins intermittence, chronicité, apyrexie, santé apparente, violence des phénomènes fonctionnels, brièveté de leur durée, absence de lésions organiques, tels sont les caractères généraux des névroses.

Naguère les névroses étaient nombreuses encore; mais, depuis qu'on cultive la médecine organique d'une manière générale, cette classe d'affections a singulièrement perdu de son domaine, et celles des névroses, qu'on regarde encore comme telles, sont beaucoup plus rares.

En effet, depuis qu'on est convaincu qu'une lésion fonctionnelle ne peut exister sans une altération organique, et que les lésions des prétendues propriétés vitales sont des absurdités, on cherche à rattacher l'altération des fonctions aux altérations d'organes, et l'on y est parvenu pour un grand nombre de maladies. Je ne doute nullement qu'on n'y puisse parvenir pour la plupart de celles qui nous restent à découvrir, et le temps n'est peut-être pas loin de nous où les névroses qui existent encore ne seront plus considérées que comme des symptômes.

Pour s'assurer des progrès dus à la médecine organique, il ne faut que jeter les yeux sur la nomenclature des névroses admises par M. le professeur Pinel, il y a dix ans, et l'on verra combien de phénomènes purement symptomatiques ont été mis au nombre de ces maladies. Les névroses des sens comprennent la *dysécée*, la *paracousie*, le *tintouin*, la *surdité*, la *berlue*, la *diplopie*, l'*héméralopie*, la *nyctalopie*, l'*amaurose*, etc.; or les ouvertures de corps ont prouvé que la plupart d'entre elles n'étaient que le résultat d'altérations locales ou du sens lui-même, et de ses diverses parties constituantes, ou du nerf chargé de transmettre l'impression, ou de la portion du cerveau chargée de le recevoir. Il ne faut que lire l'excellent ouvrage de M. Itard sur les maladies de l'oreille, pour s'assurer de ce que nous avançons : on y verra de combien d'altérations diverses dépendent les phénomènes fonctionnels dont nous venons de parler; et le seul article AMAUROSE de M. Marjolin, dans le *dictionnaire de médecine*, suffirait pour prouver ce que nous avançons. Ainsi, pour ce qui concerne les névroses des sens, on doit conclure qu'elles sont bien moins fréquentes qu'autrefois; qu'il en existe sans doute, mais que dans la majorité des cas on peut les rapporter à une lésion sensible des parties nécessaires à l'exécution de la sensation; que ces lésions sont nombreuses et variées, et qu'en conséquence elles réclament *un traitement qui ne doit pas être toujours le même*, ce à quoi on serait conduit si on les considérait toujours comme des névroses, qu'enfin c'est aux recherches anatomiques, c'est-à-dire à la médecine organique, qu'on doit rapporter ces véritables progrès.

Si des névroses des sens nous passons à l'examen des névroses cérébrales, nous voyons encore qu'un très-grand nombre d'entre elles, considérées comme telles par l'illustre professeur que nous avons cité, ne sont plus regardées aujourd'hui que comme des symptômes d'une multitude d'altérations diverses du cerveau ou de ses dépendances. Parmi les névroses *comateuses* nous voyons figurer l'*apoplexie*; mais qu'est-ce que l'apoplexie dans le sens des anciens auteurs, sinon une perte plus ou moins complète de connaissance, avec diminution ou abolition du sentiment et du mouvement? et à quelles lésions organiques ne doit-on pas rapporter cette réunion de phénomènes? « Hémorrhagie cérébrale, encéphalite, méningite avec épanchement séreux, ramollissement, productions accidentelles » de toute espèce parvenues à leur dernier terme, maladie du cœur même, etc., ne donnent-ils pas lieu aux symptômes de l'apoplexie, et dès lors peut-on conserver une même dénomination pour tant d'objets divers? Et à quoi devons-nous ces lumières, sinon à la médecine organique.

Les ouvertures de corps n'ont pas encore dévoilé quelle était la lésion qui donnait lieu à la catalepsie, et jusqu'à nouvel ordre il faudra la considérer comme une névrose; mais tout ne porte-t-il pas à espérer qu'on en découvrira la cause organique?

Nous devons malheureusement dire la même chose de l'épilepsie, malgré les louables travaux entrepris par quelques jeunes médecins.

Mais un genre de névroses dans lesquelles la médecine organique a exercé la plus heureuse influence, c'est sans contredit celles de la locomotion. Les convulsions et la paralysie sont les exemples les plus frappants des progrès dont nous parlons. Ce que nous avons dit précédemment à ce sujet nous dispense d'entrer dans de nouveaux détails, et doit nous faire conclure que s'il reste encore des convulsions et des paralysies *nerveuses*, elles sont sans doute bien rares, comparées à ce qu'elles étaient alors. A quoi doit-on cet heureux changement sinon à la culture de la médecine organique? Beaucoup de névroses de la voix, des organes de la digestion, de la respiration, et principalement l'*asthme des vieillards*, de la circulation, etc., ont singulièrement diminué de fréquence, et ont été rattachées à des lésions organiques; et comme le traitement de ces maladies ne saurait être le même, on ne peut contester que la médecine n'ait fait des progrès importants depuis cette époque, même sous le rapport de la thérapeutique. Ainsi, nous avons démontré dans notre article GALVANISME du *Dictionnaire de médecine*, que les expériences de Hallé et Mauduyt *sur cinquante-un paralytiques*, quoique faites avec beaucoup d'exactitude, péchaient par la base, puisqu'il aurait fallu déterminer quelle était la maladie du cerveau ou de ses annexes qui produisait ce phénomène fonctionnel.

Quoi qu'il en soit, M. Georget n'en a pas moins eu raison de chercher à établir une différence entre les névroses et les autres maladies; car, bien que leur nombre et leur fréquence soient diminués de beaucoup, il en reste toujours d'incontestables et qu'on ne saurait confondre avec d'autres maladies.

D'après cela l'on pense bien que nous ne partageons par l'opinion de ceux qui rattachent toutes les névroses aux inflammations, et les confondent ensemble.

Les phénomènes fonctionnels des névroses, que nous avons exposés tout à l'heure, doivent suffire pour faire reconnaître que celles qui méritent véritablement ce nom diffèrent essentiellement des inflammations; si cela ne suffisait pas, nous renvoyons le lecteur à l'article de M. Georget; et que celles qui ne sont que symptomatiques sont le résultat d'une multitude d'altérations organiques diverses.

Mais à quelle modification d'organe (car d'après nos principes il en faut une) devrons-nous rapporter les phénomènes véritablement nerveux? Ici s'ouvre l'immense champ des conjectures: là où nos sens cessent de nous servir de guides, parce qu'ils n'ont plus de prise, nous devons nous abstenir de raisonner, sous peine de nous égarer; cependant il est permis de présumer que la plupart des phénomènes vraiment nerveux sont dus à des perversions de l'innervation, à l'accumulation de l'agent nerveux dans certains cas, tels que les douleurs, les névralgies, etc.; à la soustraction de cet agent, comme dans quelques paralsies très-rares, dans la syncope, l'asphyxie, etc.

Pour cette raison, il sera sans doute toujours très-difficile et peut-être impossible de reconnaître les causes organiques de l'épilepsie, par exemple. Remarquez que tous les phénomènes de l'épilepsie peuvent être produits volontairement: nous pouvons contracter violemment et relâcher alternativement nos membres; dans ces cas, que doit-il se passer dans la portion du cerveau qui préside aux mouvements? Précisément la même modification organique: car produire une contraction volontairement ou involontairement, c'est toujours produire cette contraction; il ne faut dans l'un et l'autre cas que la même modification organique. Remarquez de plus que la contraction épileptique est passagère, qu'après elle il ne reste plus rien, pas plus qu'après la contraction volontaire; et concluez que, dans un cas comme dans l'autre, la modification organique est fugace, passagère, semblable, ou du moins analogue et dans la maladie et dans la santé, et par conséquent *insaisissable* après la mort.

Voilà donc déjà trois groupes de maladies qui ne sont pas de la même nature. Nous pourrions y joindre tout de suite les maladies intermittentes, les altérations des fluides, telles que l'anémie, la polyæmie ou pléthore, à laquelle M. le professeur Andral donne aussi le nom d'*hypérémie;* la congestion générale ou locale, le scorbut, et sans doute des altérations analogues encore inconnues aujourd'hui dans les autres fluides de l'organisme; nous aurons occasion d'y revenir plus tard. Nous nous bornerons à ces considérations succinctes sur les différences générales des maladies; mais nous ne saurions cependant les terminer sans jeter un coup d'œil sur les principales lésions de tissus auxquelles nos organes sont exposés.

Des principales altérations morbides des organes.

Dans un temps qui n'est pas bien éloigné de nous, on ne donnait le nom de *maladies organiques, lésions* ou *altérations organiques,* qu'à des affections qui altéraient *profondément* le tissu des organes ou donnaient naissance à des productions nouvelles insolites dans la partie où elles se présentaient, soit que ces productions eussent des analogues dans les tissus sains, soit qu'elles n'en eussent pas. Rien n'était par conséquent plus vague que cette dénomination, et cela devait être, puisque les connaissances qu'on possédait en anatomie pathologique étaient elles-mêmes peu étendues, peu positives.

Aujourd'hui les recherches cadavériques ont prouvé que la plupart des maladies laissaient après elles, dans nos organes, des traces plus ou moins profondes. Un raisonnement sévère a prouvé que les maladies après lesquelles on ne rencontrait aucune trace sensible n'en devaient pas moins dépendre d'une lésion de nos organes ou de leurs principes constituants, de manière qu'il est impossible maintenant de conserver cette distinction des maladies en organiques et anorganiques. Tout est organique dans l'homme, nous ne saurions trop le répéter. D'après ces principes, considérons les traces les plus légères d'inflammation, par exemple, comme des altérations organiques.

Redisons-le, il ne saurait y avoir de lésions vitales propres à la vie, parce que la vie n'est rien par elle-même: elle n'est qu'un effet de l'arrangement moléculaire, de la disposition organique; or, si la vie n'est pas un être à part, si elle n'est qu'un effet, elle ne peut offrir de dérangements par elle-même, indépendamment des organes qui lui donnent lieu. Cela est tellement vrai que, dans l'état de santé même, il ne peut arriver la moindre modification fonctionnelle sans qu'il n'y ait en même temps une modification organique correspondante. Augmentation, diminution, perversion, abolition de fonctions, rien ne peut arriver sans le concours des organes: ainsi tous ces changements sont des phénomènes organiques. Nous ne saurions partager l'opinion des médecins qui admettent des lésions vitales, sur la simple raison qu'ils ne connaissent pas les lésions organiques qui donnent lieu à certains phénomènes; ainsi, de ce qu'ils ne connaissent nullement la différence qui existe entre un individu qui dort et un individu qui veille, ils se croient autorisés à admettre des lésions vitales. Ils prétendent qu'entre ces deux états il y a presque autant de différence qu'entre la vie et la mort. Nous ne pouvons laisser passer une semblable proposition. Dans le sommeil, il n'y a de suspension que dans l'action des sens extérieurs; mais la digestion, la respiration, la circulation, la calorification, les exhalations, les absorptions, la nutrition, s'exercent encore parfaitement; la sensibilité, la contractilité et l'exercice des organes génitaux sont loin d'être suspendus: et l'on compare cet état à la mort! C'est bien se contenter des plus grossières apparences. Quoi qu'il en soit, il y a même dans cet état une modification organique, et de ce qu'on ne la connaît pas, on n'est point autorisé à regarder l'effet fonctionnel comme une lésion vitale.

Ainsi tout étant organique dans l'homme, on ne saurait conserver la distinction de lésions vitales et de lésions organiques: pour les premières, on doit simplement les classer dans les lésions encore inconnues. Tous les jours en voient diminuer le nombre, ainsi que nous l'avons vu dans le paragraphe précédent.

Celles que nos moyens d'investigation nous ont fait reconnaître et nous font encore reconnaître journellement sont extrêmement nombreuses, et tellement qu'elles ont exigé une classification parti-

culière. Cette classification présente de nombreuses difficultés; et les auteurs qui se sont le plus occupés de cette matière sont loin d'être d'accord à cet égard. Pour nous, laissant de côté ces divisions scolastiques peu importantes à l'art, nous nous bornerons à l'exposition des faits principaux.

Depuis la publication de cet ouvrage, plusieurs auteurs ont mis au jour des écrits sur l'anatomie pathologique; on consultera avec fruit ceux de MM. Andral et Lobstein, et les belles planches de M. Cruveilhier.

Pour aider la mémoire nous adopterons l'ordre suivant :

1° *Lésions traumatiques.* Elles forment la plus grande partie du domaine de la chirurgie, et nous ne devons que les mentionner ici: ce sont les contusions, les plaies, les fractures, les luxations; nous y mettrons aussi les hernies, bien qu'elles dépendent d'une action spontanée, parce qu'elles ne consistent que dans un simple déplacement.

2° *Lésions spontanées*, c'est-à-dire arrivant, dans la très-grande majorité des cas, sous l'influence d'une cause prochaine inappréciable.

A. *Altérations du tissu des organes et des fluides de l'organisme.* Augmentation et diminution de volume, hypertrophie et atrophie; dilatation et rétrécissement de tous les conduits; perversion de nutrition, ramollissement et endurcissement des tissus; rupture des vaisseaux et des organes; inflammation des tissus; diverses formes de l'inflammation ci-dessus exposées, résolution, suppuration, pus, ulcérations, jusques et y compris la mort des parties; anémie, polyæmie, congestion dans divers organes, altération du sang; sans doute augmentation, diminution et altération de la lymphe; augmentation, diminution, perversion de l'agent nerveux, et ainsi de suite de l'altération de tous les fluides de l'économie animale (1).

B. *Productions accidentelles.* On les a distinguées en productions *anorganiques* et en *productions organisées :* accumulation de sérosité dans les cavités ou dans l'interstice des parenchymes; accumulation de graisse, d'air; dépôts de matières colorantes; concrétions albumineuses; dépôts calcaires, calculs, etc.

a. *Tissus accidentels qui ont leurs analogues dans l'organisme.* Tissus cutané, séreux, muqueux, ligamenteux, cartilagineux, osseux, vasculaire, cellulaire, corné.

b. *Productions accidentelles hétérologues.* Tubercules, mélanose, cancer ou squirrhe, encéphaloïde, cirrhose, sclérose, loupes, méliceris, athérôme, etc.

c. *Corps étrangers animés, entozoaires, animaux parasites* (2).

Nous allons donner une idée sommaire de ces principales altérations organiques que nous venons de citer, parce que sans cette connaissance préliminaire il est impossible de comprendre les détails dans lesquels nous entrerons bientôt en parlant des phénomènes morbides présentés par chaque organe en particulier.

Les divers organes de l'économie peuvent avoir, dans l'état sain, un certain développement nécessaire à l'exercice de leurs fonctions; si ce développement n'est pas suffisant, ce que l'on apprécie facilement lorsqu'on connaît le volume naturel de l'organe, et en comparant cet organe à la stature de l'individu et au volume des autres organes, et aussi parce que cet organe ne peut remplir ou remplit avec peine la fonction qui lui est confiée, c'est l'*atrophie.* Les organes diminuent de volume, et par les pertes qu'ils éprouvent, et par le défaut de réparation. Cette dernière cause est la plus fréquente, et c'est elle qui a donné son nom à la maladie qui nous occupe. Cette atrophie, cette diminution de nutrition peut avoir lieu de plusieurs manières; l'organe étant condamné au repos par une cause quelconque, les fluides cessent d'être appelés vers lui, et la diminution de volume doit nécessairement avoir lieu. Lorsque par une cause quelconque le sang artériel cesse d'arriver dans un membre ou un viscère, ces parties s'atrophient. Lorsqu'une portion du cerveau a été détruite par une cause, quelle qu'elle soit, l'innervation n'ayant plus lieu, l'action de l'organe est suspendue, la nutrition cesse, et l'atrophie en résulte. C'est ce que j'ai fréquemment observé chez les idiots qui présentaient une atrophie congéniale des membres: chez eux la portion opposée du cerveau présente toujours une destruction sensible. Ainsi l'inaction de l'organe est la première cause de l'atrophie; le défaut d'innervation et de circulation est lui-même la raison la plus ordinaire de cette inaction. L'organe peut trouver la cause de son inaction dans l'altération même de son parenchyme: c'est ce que l'on observe à la suite des inflammations, qui ont souvent pour effet, à la suite d'une suppuration résorbée, ou même d'une résolution imparfaite, de rapprocher les molécules organiques, de les appliquer les unes contre les autres, de les rendre plus denses et pour ainsi dire adhérentes les unes aux autres: dans cet état l'organe cesse son action et diminue de volume; mais si l'inflammation est, dans ce cas, la cause de l'atrophie, ce n'est pas une raison de croire qu'il en soit toujours ainsi. Les exemples que nous venons de citer le prouvent évidemment. Une compression continuelle exercée sur un viscère empêche son développement, son action, et détermine à la longue sa diminution de volume; c'est ce qu'on observe pour le poumon à la suite des épanchements séreux, etc.

Lorsqu'un organe dépasse son volume physiologique au point qu'il ne peut plus exécuter la fonction qui lui est confiée, on dit que cet organe est *hypertrophié.* Cette altération est l'inverse de la précédente sous tous les rapports. Ainsi elle suppose nécessairement une augmentation d'action dans l'organe qu'elle affecte. Cette augmentation d'action peut être simplement physiologique, produite par la volonté, ou bien être nécessitée par quelque obstacle apporté à l'exercice de l'organe. Cette dernière cause, signalée par Corvisart, se rencontre surtout dans l'hypertrophie du cœur; il existe presque constamment dans ce cas un obstacle au libre

(1) Pour faire un ensemble régulier, on pourrait donner à ces altérations, au fur et à mesure qu'on les découvrirait, les noms suivants dérivés du grec : anémie, polyæmie, cacoëmie, alymphie, polylymphie, cacolymphie, aneurie, polyneurie, caconeurie, etc.; mais dans ce moment les altérations des fluides ne sont pas assez connues pour qu'il soit nécessaire d'introduire ces mots insolites dans la pathologie.

(2) M. Andral divise l'histoire des altérations du corps humain en cinq sections : 1° lésions de circulation, augmentation et diminution de la quantité du sang; 2° lésions de nutrition, altération de l'arrangement des molécules, de leur nombre, de leur consistance, de leur nature, etc.; 3° lésions de sécrétion, altération de la quantité des matières secrétées, de leur situation, de leurs qualités; 4° lésions du sang, altérations de ses qualités physiques, chimiques, physiologiques; 5° enfin, lésions de l'innervation, subdivisées en primitives et en consécutives. Il examine ensuite dans cet ordre les altérations des divers systèmes et appareils de l'organisme. Cet ordre nous parait renfermer d'une manière fort claire toutes les lésions dites organiques; mais il est beaucoup de ces lésions, telles par exemple que les monstruosités, dont on ne doit pas s'occuper dans un ouvrage de la nature de celui-ci.

cours du sang dans les vaisseaux ou à son passage dans les diverses cavités du cœur. L'augmentation d'exercice d'un organe détermine l'appel des fluides, et par suite l'accroissement de volume, l'hypertrophie. Il pourrait se faire cependant que l'hypertrophie dépendît simplement d'une disposition native. Ainsi l'on sait que des individus naissent avec des épaules larges, avec des muscles gastrocnémiens développés; mais il est rare que cette espèce d'hypertrophie congénitale aille jusqu'à gêner, intervertir, suspendre l'exercice des organes. M. Andral fait aussi dépendre l'hypertrophie des organes ou de quelqu'un de leurs éléments, 1°, d'une augmentation de la *force assimilatrice ;* 2°, de la diminution de la *force désassimilatrice :* mais ce ne sont là que des hypothèses, ainsi qu'il l'avoue lui-même.

La plupart de nos conduits et même de nos réservoirs sont susceptibles de *dilatation*. Cette dilatation reconnaît aussi pour cause un obstacle au libre cours des fluides qui circulent dans ces conduits ou qui doivent être expulsés des réservoirs où ils séjournent. Il est à remarquer que presque toujours, dans les cas de dilatation, d'anévrysme des conduits ou des vésicules, leurs parois sont augmentées d'épaisseur. Pour juger de la dilatation de ces organes, il faut connaître leur volume dans l'état sain, et le volume relatif de l'individu et des autres organes. Le cœur, les artères et les veines, les bronches, les cellules pulmonaires, l'œsophage, l'estomac, les intestins, les conduits lacrymaux, salivaires, biliaires et la vésicule du fiel, les conduits pancréatiques, les uretères, la vessie, l'urètre, les vésicules spermatiques et leurs canaux déférents, etc., ont été trouvés dilatés et très-souvent en même temps augmentés d'épaisseur.

L'état opposé, c'est-à-dire l'*oblitération* des conduits, s'observe fréquemment. Cette oblitération est complète et incomplète. Elle a pour cause, ou l'altération des parois de ces conduits, ou leur compression. Assez généralement, lorsqu'un conduit est oblitéré dans un point, il est dilaté immédiatement au-dessus de l'obstacle, et il n'est pas rare d'observer les deux altérations à la fois; l'ossification des parois artérielles, résultat des progrès de l'âge, est la cause organique la plus ordinaire de l'oblitération plus ou moins prononcée des artères. L'épaississement des membranes qui tapissent les conduits excréteurs rétrécit et oblitère plus ou moins complètement l'aire de ces conduits ; les uns et les autres peuvent être comprimés par des corps développés dans leurs parois ou dans leur voisinage, etc.

La *nutrition* des organes peut cesser d'être régulière, soit que cette anomalie résulte de l'inflammation, soit qu'elle dépende d'une cause inappréciée, inconnue, telle que l'infiltration de quelque fluide dans le parenchyme même de l'organe, ou toute autre. Le tissu des viscères perd sa consistance naturelle avec ou sans changement de couleur, de forme, de volume, etc. Ces divers états sont facilement appréciés par ceux qui se livrent avec quelque suite aux travaux d'anatomie pothologique. La comparaison de l'état morbide avec l'état sain les fait reconnaître avec facilité. Souvent ces changements de consistance sont bornés, circonscrits; il est alors facile de les distinguer en comparant la portion malade avec les parties saines. Le cerveau, le foie, et en général les organes parenchymateux, sont exposés à ces altérations, dont les autres organes et les os eux-mêmes ne sont pas exempts.

L'état opposé au ramollissement, c'est-à-dire l'*induration*, l'augmentation de consistance sans autre changement dans la composition des organes, se rencontre aussi fréquemment. Cette augmentation de consistance est facile à reconnaître pour qui connaît leur état normal; les tissus ou les parenchymes offrent alors plus de résistance à la pression ; ils se déchirent plus difficilement, résistent avec un certain bruit à l'action de l'instrument tranchant, etc. Les parties indurées varient, comme les parties ramollies, de forme, de couleur, de volume, etc. L'induration est plus ou moins étendue, elle envahit la totalité d'un organe ou simplement une fraction de cet organe.

Lorsqu'un organe contractile a été ulcéré ou simplement altéré dans sa structure par un travail morbide quelconque, et qu'il vient à se contracter vivement, il ne peut se rompre, se déchirer. Cet accident peut même arriver sans altération préalable de tissu, ainsi que nous l'avons vu pour le cœur. Un vaisseau dont les parois sont ossifiées ou affectées d'une lésion primitive quelconque peut se rompre. Ces accidents graves sont en général faciles à reconnaître ; cependant si le vaisseau rompu est d'un petit volume et profondément situé dans le tissu même d'un organe, il est quelquefois impossible de le découvrir; l'épanchement de sang est la seule présomption que l'on puisse avoir de l'existence de cette altération, et nous avons vu que ce signe ne suffisait pas pour établir cette existence d'une manière incontestable.

Nous passerons sous silence les phénomènes organiques produits habituellement par le travail inflammatoire, pour ne pas tomber dans des répétitions superflues.

L'*anémie* d'un organe, ou l'absence de sang dans cet organe, est déterminée par deux causes : la première, la plus évidente, la plus efficace, est sans contredit une perte considérable de sang, naturelle, accidentelle ou provoquée par l'art; la seconde est le défaut de réparation, l'abstinence des aliments et l'usage exclusif de l'eau. Les signes organiques de l'anémie sont la pâleur, la décoloration des organes et des tissus, l'affaissement des vaisseaux, lesquels ne contiennent plus ou du moins que très-peu de sang ; en les comprimant on a beaucoup de peine à provoquer l'issue d'une très-faible quantité de ce fluide.

Dans la *pléthore*, la *polyœmie,* au contraire, ces mêmes organes sont rouges, colorés; lorsqu'on les coupe, on voit sourdre, par les orifices béants des vaisseaux, une multitude de gouttelettes de sang. Les vaisseaux d'un certain calibre sont dilatés, développés, remplis de sang. Cette pléthore peut être portée à un haut degré, être arrivée plus ou moins rapidement: c'est la congestion, le coup de sang, etc.

Mais, ainsi que nous l'avons dit souvent, le sang ne pêche pas seulement par excès et par défaut; il est aussi altéré dans sa nature. Les causes, les phénomènes fonctionnels et organiques du scorbut, l'aspect du sang dans cette maladie, comme dans une foule d'autres, bien différent de celui du sang dans l'état physiologique, étaient bien suffisants pour nous faire reconnaître son altération; mais les expériences que M. Leuret a faites à Charenton, sur les chevaux, ne permettent pas de révoquer en doute l'altération de ce fluide dans plusieurs affections, et par l'insertion de divers principes vénéneux et vireux. L'insertion du virus charbonneux a déterminé les accidents du charbon. L'insertion d'un liquide putréfié détermine entre autres symptômes la chassie des paupières, l'injection, l'infiltration jaune de la conjonctive; et à l'ouverture du

cadavre, le cœur, les poumons, le foie, la rate, le canal digestif, et quelquefois même les nerfs pneumo-gastriques, sont remplis d'ecchymoses. Le sang contenu dans les troncs veineux et les cavités droites du cœur est noirâtre, reste liquide, ou s'il se coagule il ne se présente jamais sous la forme d'un corps d'une certaine densité; il est caillebotté et sans cohésion. Ce résultat est basé sur les expériences que M. Dupuy a faites depuis vingt ans, et que M. Leuret a répétées avec lui. Une matière putride donne donc lieu à des altérations constantes, et ces altérations sont en tout semblables à celles qui existent dans le charbon inoculé; elles siégent toutes dans le système sanguin. Le charbon spontané présente les mêmes phénomènes cadavériques.

Les expériences de M. Leuret lui ont appris que le sang tiré de la veine d'un animal charbonneux, donne au bout de deux heures des signes chimiques de putréfaction; il produit un précipité blanc floconneux dans de l'eau de chaux, et laisse dégager de l'acide carbonique, tandis que le sang fourni par un animal sain ne donne lieu aux mêmes phénomènes que trente-six heures après qu'il a été tiré de la veine.

Le contact du sang d'un animal charbonneux avec les parties mises à nu d'un cheval sain a produit des signes de charbon au bout d'une heure, et l'animal est mort au quatrième jour, avec toutes ces altérations de l'affection charbonneuse. La transfusion du sang d'un cheval atteint du charbon, dans la veine jugulaire d'un cheval sain, a fait succomber celui-ci au bout de sept jours avec les mêmes phénomènes. Ce médecin a obtenu les mêmes résultats avec des portions d'organes imprégnées de sang, du poumon par exemple.

Le sang d'un animal sain, introduit dans les voies circulatoires d'un autre animal, ne détermine aucun accident; celui d'un autre animal vivant ou mort charbonneux est un poison spécifique pour les autres chevaux. Ces preuves directes doivent nous confirmer dans cette opinion, que le sang est susceptible d'être altéré dans sa composition.

M. Breschet a vu des tubercules véritables dans un caillot de sang renfermé dans une des oreillettes du cœur; M. Guersent a rencontré de la véritable suppuration dans un caillot semblable, et un autre médecin croit avoir trouvé une masse d'encéphaloïde dans une concrétion sanguine contenue dans la veine-cave.

D'après ces considérations, n'est-il pas vraisemblable que dans le typhus, la peste, la fièvre jaune, la pustule maligne, et dans une multitude de phlegmasies avec spécificité, il existe une altération pareille? L'injection dans le sang d'un grand nombre de substances vénéneuses, toxiques, etc., ayant déterminé toujours des altérations identiques dans le sang et dans les organes, vient encore apporter un nouvel appui à ces considérations. Espérons que par des recherches ultérieures toutes les altérations des fluides pourront être appréciées avec rigueur, et, en nous convaincant qu'il ne peut pas n'exister qu'une seule médication, nous conduiront à une thérapeutique rationnelle, et partant plus souvent efficace.

Les altérations des autres fluides ne sont pas à beaucoup près aussi connues que celles du sang; nous sommes borné à dire qu'elles sont probables. Les scrofules ne seraient-elles que la pléthore lymphatique? ne seraient-elles que l'inflammation des vaisseaux blancs? l'une de ces altérations ne serait-elle que l'effet de l'autre?

Nous avons parlé naguère de l'accumulation de sérosité dans les diverses cavités splanchniques, dans le tissu cellulaire et la parenchyme des organes; nous n'y reviendrons pas.

Quant à l'accumulation de la graisse, on l'observe fréquemment, mais il est difficile de déterminer le degré où elle cesse d'être un état physiologique. Elle gêne plus ou moins le jeu des organes, et peut aller jusqu'à le suspendre. Ses effets varient beaucoup, suivant le lieu qu'elle occupe. Il est rare que cette accumulation graisseuse soit générale : chez les uns, c'est dans le tissu cellulaire sous-cutané qu'elle prédomine, et chez eux c'est à la face, à la poitrine ou à l'abdomen, quelquefois aux membranes; chez les autres, ce sont les viscères intérieurs qui sont enveloppés de graisse ou transformés presque en entier en cette substance (1); tel est le cœur chez quelques individus, le foie chez d'autres; les médiastins, l'épiploon, peuvent aussi en contenir des quantités considérables. L'accumulation de la graisse a reçu différents noms, suivant les lieux qu'elle occupe : on l'appelle polysarcie lorsqu'elle est extérieure et presque générale; physconie lorsqu'elle occupe l'abdomen, etc.

L'air s'infiltre dans nos tissus, mais rarement. Le tissu extra-vésiculaire du poumon le reçoit dans quelques maladies accompagnées de grands efforts respiratoires. Il se loge dans le tissu cellulaire des membres, du thorax, etc., dans les plaies pénétrantes du poumon. Enfin, je l'ai vu plusieurs fois se développer spontanément sans ces causes et sans gangrène préalable. Il est vraisemblable que dans ce dernier cas, ainsi que dans les cas de gangrène et de putréfaction, cette infiltration gazeuse n'est pas de l'air proprement dit, mais le résultat d'une exhalation morbide. Nous savons déjà que les caractères de cette altération sont la tension, la rénitence de la partie, son éclat, sa pâleur, et surtout le bruit de crépitation.

Les dépôts de matières colorantes sur le corps muqueux caractérisant la plupart des taches de la peau, sur les membranes muqueuses, etc., doivent peu nous occuper, vu leur innocuité. Nous devons aussi renvoyer les concrétions albumineuses aux altérations produites directement par l'inflammation. Les concrétions fibrineuses qu'on trouve souvent dans le sang contenu dans les gros vaisseaux et dans les cavités du cœur, méritent peu d'attention dans l'état actuel de la science; mais il n'en est pas de même des dépôts calcaires et des calculs.

On rencontre souvent dans le tissu des organes, dans le poumon, dans les abcès, dans les corps fibreux de l'utérus, dans le foie, dans les articulations, dans le cerveau, sur les membranes etc., etc., des dépôts d'un aspect irrégulier qu'on doit distinguer d'une véritable ossification morbide dont nous allons parler bientôt. Ces espèces de *pétrifications* sont dures, sèches, friables, irrégulières, anguleuses, opaques, grises. Ces pierres ossiformes adhèrent aux organes, sont incrustées dans leurs tissus. Au reste, la forme, la consistance et la couleur de ces productions accidentelles varient beaucoup, et s'éloignent plus ou moins des os naturels. J'ai eu occasion de trouver dans le foie d'une femme morte d'une hypertrophie du cœur un kyste osseux de la grosseur du poing; ce kyste était une hydatide ossifiée, j'en ai acquis la certitude en le sciant. L'in-

(1) M. Andral n'admet pas une véritable transformation graisseuse, mais bien l'accumulation insolite de la graisse dans le tissu d'un organe, et la disparition successive, l'atrophie de ce dernier tissu : c'est un remplacement et non une métamorphose.

térieur était rempli par des hydatides membraneuses, contenant un fluide gélatineux, transparent, verdâtre. Ainsi nous rangeons dans cette section toutes les productions ossiformes véritablement morbides et qui s'éloignent de l'ossification naturelle. L'ossification pour ainsi dire physiologique d'un organe, telle que celle des parois des vaisseaux, des cartilages du larynx et autres, diffère essentiellement de celle-ci et sera traitée en parlant des tissus analogues. On doit considérer l'exostose comme une espèce d'ossification morbide.

Des corps solides, plus ou moins durs ou volumineux, de couleurs et de figures variables, anorganiques, se forment aussi dans les humeurs contenues dans les réservoirs, les conduits de l'économie animale, et sont connus sous le nom de *calculs*.

Ceux que l'on trouve dans la vésicule et dans les conduits biliaires sont sans contredit les plus fréquents. Leur nombre est quelquefois infini, et souvent il n'en existe qu'un. La couleur de ces calculs est très-variable : ils sont bruns, noirs, fauves, jaunes, blanchâtres ; leur surface est lisse, polie, resplendissante, aplatie, ou bien ronde, bosselée, irrégulière, etc. ; leur volume est celui d'un œuf de poule ou d'un grain de millet ; ils sont striés, rayonnés, lamelleux, recouverts d'une écorce, formés de couches concentriques. La cholestérine, la matière jaune de la bile et quelquefois un peu de picromel les constituent dans l'homme. Ces calculs se forment d'une manière insensible, sans inflammation préalable, et n'occasionnent des accidents que lorsqu'ils empêchent l'écoulement de la bile dans le duodénum. Bien des gens meurent sans en avoir éprouvé le moindre inconvénient.

Après les calculs biliaires, ceux qui affectent l'homme le plus fréquemment sont les calculs urinaires. Ils se trouvent dans tout le trajet des voies urinaires, depuis les reins jusqu'au prépuce inclusivement, et aussi dans les conduits urinaires accidentels. Les calculs des reins revêtent la forme des parties où ils séjournent ; ils sont arborisés comme le corail. Ils offrent les mêmes variétés de formes, d'agrégation, de couleurs, de consistance, de nombre que les précédents ; cependant, dans le plus grand nombre des cas, le calcul est unique, jamais on n'en compte un aussi grand nombre que dans la vésicule, et quelquefois ils atteignent le volume d'une tête de fœtus à terme, et peuvent peser jusqu'à six livres (1). On a remarqué que leur centre était constamment formé par un noyau, tel qu'un corps étranger, un gravier, un caillot de sang, du mucus, du pus, etc. Ils peuvent être composés de quelques-uns des principes suivants : d'acide urique, d'oxyde cystique, de phosphate de chaux, d'urate d'ammoniaque, de phosphate ammoniaco-magnésien, d'oxalate de chaux, de silice, de carbonate de chaux, d'oxyde xanthique, de matières fibrineuses, de mucus, de phosphate de fer, de magnésie, de carbonate de magnésie, d'urate de soude. Tous ces principes ne se rencontrent pas avec la même fréquence. La silice, l'oxyde cystique, l'oxyde xanthique, la fibrine sont les substances les plus rares dans les calculs.

On trouve peu souvent des calculs dans les intestins de l'homme ; mais on en trouve quelquefois dans les follicules muqueux, dans les voies lacrymales, les amigdales, la prostate, les glandes salivaires et le pancréas : ce sont en général des dépôts de phosphate de chaux mêlé à du mucus animal.

Le *tissu cutané* se produit quelquefois accidentellement. Ce tissu n'est pas parfaitement identique à la peau dans l'état sain, mais il est au moins fort analogue à cette membrane. Après une perte de substance sur un endroit superficiel, on ne tarde pas à apercevoir l'organisation d'une nouvelle peau qui présente beaucoup d'analogie avec la peau saine. Il se forme d'abord une couche plastique semblable à celles des fausses membranes ; elle s'organise bientôt, se couvre de granulations rouges. Cette surface membraneuse est cellulaire, vasculaire, très-contractile, sensible, absorbante, sécrète du pus, s'ulcère avec facilité, et se reproduit promptement ; elle diminue de jour en jour d'étendue ; la sécrétion du pus décroît proportionnellement, cesse complètement, et l'on aperçoit la formation d'une pellicule tégumentaire, qui, mince, rouge d'abord, finit après un certain temps par prendre l'apparence de la peau. On y trouve toutes les couches des téguments, l'épiderme, le corps muqueux, le derme.

Les membranes muqueuses exposées à l'influence des agents extérieurs finissent par revêtir les caractères de la peau. C'est ainsi que j'ai vu chez des femmes avancées en âge, affectées depuis long-temps de prolapsus du vagin, de l'utérus ou du rectum, les membranes muqueuses, qui couvraient ces organes, blanches, consistantes, polies, couvertes d'un véritable épiderme, enfin offrant la plus grande ressemblance avec la peau.

Lorsqu'il se forme un abcès intérieur et que le pus rassemblé dans le foyer y séjourne pendant un certain temps, les parois de ce foyer se couvrent d'une membrane rouge, mollasse, présentant toute la texture d'une *membrane muqueuse* accidentelle. Les trajets fistuleux sont revêtus d'une membrane de la même nature, et dans celle-ci on aperçoit distinctement vers l'orifice extérieur, à une distance plus ou moins considérable, un épiderme qui se continue avec celui de la peau. Cependant M. Gendrin a nié récemment cette identité, admise par J. Hunter, MM. Dupuytren, Bayle, Laennec, Breschef, Villermé et en dernier lieu par M. Andral, qui fait une comparaison exacte des membranes muqueuses naturelles et des membranes accidentelles. Il résulte de cette comparaison que les membranes accidentelles ne diffèrent des autres que par l'absence des follicules muqueux, qu'on ne trouve d'ailleurs pas toujours dans les membranes naturelles, et par l'absence des villosités.

Il est indubitable qu'il peut naître accidentellement un *tissu celluleux*. Les adhérences qui existent entre les surfaces libres des plèvres ne permettent nullement d'en douter. Ces adhérences, plus ou moins nombreuses et étendues, se font quelquefois au moyen d'un tissu tellement dense, qu'on lui a donné, mais improprement, le nom de *ligamenteux*. De toutes les transformations, la celluleuse paraît être l'une des plus fréquentes. C'est presque toujours une trame celluleuse qu'on rencontre à la place des organes, ou des parties d'organes qui se sont atrophiés, qui ont disparu, qui ont été absorbés par une cause quelconque, physiologique ou pathologique. J'ignore si, hors les cas de fausses articulations, le véritable tissu ligamenteux destiné à consolider les articulations peut être produit accidentellement ; mais rien n'est plus commun que les productions fibreuses accidentelles. On trouve ce tissu sous forme de tumeurs, de kystes, de membranes, de faisceaux, etc. ; et ces formes sont tellement variées, souvent dans le même cas, qu'il est impossible de les décrire *à priori*, d'en donner des caractères exacts.

Les productions véritablement *cartilagineuses* s'ob-

(1) Béclard, Anat. génér., page 706.

servent fréquemment. Il n'est peut-être pas de médecin qui n'ait souvent vu la surface de la rate couverte d'un tissu d'un blanc mat, nacré, resplendissant, élastique, repoussant l'instrument qu'on y insère, enfin présentant la plus grande ressemblance avec les cartilages des articulations. J'ai vu des cartilaginations semblables sur la plèvre. Il est vraisemblable que dans ce cas il y a eu d'abord exsudation de fausse membrane fibrineuse et albumineuse, laquelle a contracté des adhérences avec la plèvre, et a fini par s'organiser en cartilage. J'ai souvent vu des points osseux dans ces membranes cartilagineuses, et même je les ai vues entièrement converties en plaques osseuses; de sorte que je suis porté à croire que la cartilagination dans ce cas n'est que le premier degré de l'ossification, exactement comme dans l'ordre physiologique. Il est fort douteux que la formation en cartilage ait lieu par une véritable transmutation; il est plus probable que la membrane séreuse ou autre reste intacte, et que c'est une pseudo-membrane qui revêt les qualités de cartilage et d'os. M. Andral pense que le cartilage se développe dans le tissu cellulaire qui unit la membrane séreuse avec les parois des cavités ou avec les parenchymes organiques. Mais j'ai pu dans quelques circonstances reconnaître que la plèvre était saine au-dessous d'une plaque osseuse que j'étais parvenu à enlever. Les productions cartilagineuses peuvent se montrer partout où se trouve le tissu cellulaire; on a cependant remarqué qu'il était rare d'en rencontrer sous le tissu cellulaire sous-muqueux.

Rien n'est plus fréquent peut-être que l'ossification des organes, et cela par les seuls progrès de l'âge; et la plus commune de toutes est celle qui s'effectue dans les parois des vaisseaux. La matière calcaire s'y dépose graduellement, forme des plaques plus ou moins épaisses, plus ou moins étendues; la surface libre est quelquefois lisse, resplendissante, d'autres fois rugueuse : on enlève ces os en forme de lames, en forme d'ongles ou de demi-cerceaux; leurs fibres paraissent circulaires dans certains cas, et dans d'autres inextricables. Les valvules aortiques, auriculo-ventriculaires, etc., sont très communément le siége de semblables ossifications; les tissus cellulaire, cartilagineux et fibreux paraissent en général les plus propres à s'ossifier. Les tumeurs fibreuses de l'utérus et des ovaires contiennent souvent des concrétions osseuses considérables : on en trouve dans la dure-mère, dans les membranes rachidiennes, etc. J'ai cependant rencontré des os du volume d'un pois, inégaux, rugueux à leur surface, dans le parenchyme même du cerveau, et complètement entourés de substance cérébrale. La ressemblance de l'ossification morbide avec l'ossification physiologique est toujours plus ou moins imparfaite. Ces espèces d'os sont ordinairement dépourvus de périoste, de membranes synoviales, etc. On en a cependant quelquefois rencontré qui présentaient tous les caractères d'os véritables.

Les actes primitifs de l'organisme nous étant entièrement dérobés, chercher la cause de l'ossification et la manière dont elle s'opère serait entièrement superflu. Les efforts tentés dans ces derniers temps par Hérissent, Scarpa, Mascagni, Bichat et autres n'ont abouti qu'à produire des hypothèses plus ou moins ingénieuses. Nous sommes réduits à supposer que les extrémités artérielles viennent déposer la matière osseuse dans le tissu devenu apte à la recevoir; mais que peut nous apprendre une pareille assertion? Récemment on a avancé que l'ossification était le résultat de l'inflammation, de l'irritation. Je crois que cela arrive souvent de la sorte. Je crois qu'à la suite d'un travail inflammatoire, de nouvelles productions accidentelles, des membranes peuvent s'ossifier, mais je suis loin de croire que cela se passe toujours ainsi, et je ne regarderai jamais l'ossification sénile comme le résultat d'une inflammation, à moins qu'on ne considère l'accroissement comme l'effet d'une inflammation. L'ossification sénile est un résultat de la nutrition pervertie, et point celui d'une inflammation. Lorsque l'ossification est le résultat d'une inflammation, nous ne savons pas davantage par quel mécanisme elle s'opère.

On doit regarder, avons-nous dit, les *exostoses* comme de véritables ossifications morbides, et nous pensons qu'elles résultent d'un travail inflammatoire développé dans le périoste.

Nul doute que le *tissu vasculaire* ne se produise accidentellement. Lorsque l'inflammation a déposé sur la surface libre d'une membrane une couche fibrineuse et albumineuse, celle-ci perd tous les jours de sa mollesse; elle acquiert de la consistance : enfin au bout de quelque temps on distingue des vaisseaux extrêmement ténus qui rampent dans cette nouvelle membrane. Les extrémités des vaisseaux capillaires de la membrane sous-jacente paraissent s'être alongés par une véritable végétation, et avoir pénétré dans la production pseudo-membraneuse (1). Des expériences directes et bien connues, qu'il serait trop long de citer ici, démontrent de la manière la plus incontestable la reproduction du tissu vasculaire détruit, et la formation de nouveaux organes de circulation. Il est facile de voir des artères et des veines d'un calibre considérable sur des tumeurs volumineuses développées sur la surface du corps.

Nous devons placer ici le *tissu érectile accidentel*, *fungus hæmatodes*, qui se développe si souvent dans plusieurs parties du corps. On trouve ce tissu dans l'épaisseur de la peau et des membranes muqueuses, dans le tissu cellulaire, dans les testicules, le poumon, etc. Il se présente sous l'aspect d'une masse plus ou moins volumineuse, ordinairement bien circonscrite, séparée par sa forme, son volume et sa couleur, des parties voisines. Ce tissu se montre sous la forme de tumeurs bosselées, inégales, bleuâtres, parfois légèrement pulsatives, contenues dans une espèce d'enveloppe fibreuse, présentant à l'intérieur une multitude de cellules inextricables, remplies de sang, résultant de l'anastomose d'artères et de veines presque capillaires et prodigieusement nombreuses. Ce tissu est souvent congénital, quelquefois accidentel; il croît ou reste stationnaire; il peut s'altérer, se rompre, et produire des hémorrhagies graves. Il affecte principalement la peau du visage, les lèvres, le rectum, les organes génitaux chez la femme, etc.; son mode de formation est tout aussi inconnu que le précédent. M. Andral range ce tissu parmi les hypertrophies du système capillaire.

Des productions vraiment *cornées*, ayant la plus grande ressemblance avec les ongles de certains oiseaux, les griffes des *féles*, etc., pouvant acquérir le volume du doigt indicateur, se développent chez

(1) Quelques auteurs prétendent que les vaisseaux dont nous parlons se développent non par continuité, mais bien d'une manière spontanée, comme dans les membranes de l'œuf des oiseaux. Ils en donnent pour raison qu'on a trouvé des fausses membranes flottantes et libres dans un liquide séro-purulent renfermé par exemple dans les cavités pleurales; mais qui ne voit que ces membranes adhérentes d'abord ont pu se détacher ensuite?

les vieillards, principalement sur divers points de leur surface cutanée ; mais cette production accidentelle, plus curieuse, plus singulière qu'utile à étudier, doit simplement être mentionnée ici.

L'étude des *tubercules* mérite une attention bien plus sérieuse. C'est une des productions accidentelles morbides les plus fréquentes et qui occasionnent les plus grands ravages. Il est exact de dire que les tubercules déciment l'espèce humaine, et cette proportion est peut-être encore au-dessous de la vérité. Aussi les médecins modernes se sont-ils occupés de cette production morbide d'une manière spéciale. Bayle (1) fit des recherches très-remarquables sur ce sujet ; il eut l'avantage d'ouvrir pour ainsi dire la carrière, ce qu'on avait fait avant lui étant très-imparfait. Laennec poursuivit ces travaux ; et Béclard (2) en donna une description abrégée, mais complète. Depuis, un grand nombre d'auteurs ont écrit sur les tubercules. Nous devons distinguer parmi eux M. Léveillé neveu, qui, en traitant des tubercules du cerveau, a parlé de ceux qui affectent les autres organes ; M. Louis, médecin très-exact dans ses recherches, et d'un mérite remarquable ; enfin M. Andral, qui enrichit tous les jours la science d'observations intéressantes. Nous ne devons pas omettre M. Broussais, qui, en attribuant leur formation à l'irritation et à l'inflammation, a du moins soutenu avec le talent qui le caractérise une hypothèse ingénieuse ; enfin un assez grand nombre de médecins et de vétérinaires ont fait des travaux plus ou moins importants sur ce sujet ; MM. Dupuy, Lombard, Flourens, etc., doivent être cités parmi ces observateurs. M. Tonnellé publie en ce moment des observations sur le même sujet dans le journal hebdomadaire. Tous ces auteurs sont loin d'être d'accord sur les divers points de l'histoire des tubercules. Sans entrer dans des discussions qui toujours entraînent trop loin, surtout dans un ouvrage élémentaire, nous nous bornerons à donner les traits principaux qui distinguent les tubercules.

La production accidentelle connue sous le nom de tubercule présente un aspect différent suivant l'époque à laquelle on l'examine, selon son âge, si l'on peut s'exprimer ainsi. Laennec, Béclard et M. Louis pensent que les granulations de Bayle ne sont que le premier degré des tubercules. Ces granulations sont ordinairement du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de blé, dures, criant sous le scalpel, semi-transparentes, brillantes, et semi-cartilagineuses ; elles garnissent en nombre considérable le sommet du poumon ; elles sont moins abondantes vers la base. Dans le principe, elles paraissent comme rougeâtres et molles ; elles prennent peu à peu la consistance et l'aspect que nous venons de décrire : enfin elles deviennent blanches et opaques vers le centre, ou vers un point quelconque de leur étendue. Elles paraissent d'ailleurs d'abord isolées, puis réunies en grappe, etc. Leur siége spécial est le poumon. On rencontre à la surface libre des membranes séreuses des espèces de granulations, mais elles n'ont avec les véritables granulations qu'une ressemblance grossière. Ce qui a conduit à penser que les granulations n'étaient que le premier degré de l'affection tuberculeuse, c'est que les granulations deviennent blanches et opaques vers leur centre, et que dès lors on peut les considérer comme se transformant en tubercules.

M. Andral ne partage pas cette opinion, mais les raisons qu'il donne ne me paraissent pas très-claires et très-concluantes ; et quoique je me range du parti de Bayle, que M. Andral a adopté, je pense en avoir trouvé un motif plus puissant que ceux sur lesquels il se fonde. Lorsqu'un individu succombe à la phthisie pulmonaire, on trouve des tubercules à tous les degrés de développement. Il en est de fondus, qui ont laissé des cavités vides ; il en est de ramollis ; il en est à l'état de crudité ; il en est enfin de très-petits, à peine perceptibles, mais blancs et opaques, et dont la ténuité est telle qu'ils paraissent bien n'avoir jamais eu d'autre forme. Pourquoi donc ne trouve-t-on pas toujours des granulations grises, dures, demi-transparentes ? Pourquoi n'en trouve-t-on pas partout où la matière tuberculeuse s'infiltre ? Pourquoi les tubercules des ganglions lymphatiques, ceux du mésentère, du cerveau, etc., ne présentent-ils pas toujours à leur premier degré l'aspect des granulations ? Nous avons eu occasion de voir un individu mort avec les signes d'une phthisie pulmonaire, dont les poumons étaient durs, compactes, criant sous le scalpel, qui avait de la peine à les diviser ; un examen attentif ne fit découvrir aucun tubercule, il n'existait que des granulations mais, en quantité innombrable. Je pense que si cette dégénérescence était le premier degré du tubercule, on en rencontrerait chez tous les phthisiques, de même qu'on rencontre des tubercules crus : or l'observation démontre que le contraire a lieu dans un grand nombre de cas. Les granulations de Bayle nous paraissent donc aussi une altération particulière. M. Louis, qui a cependant fait de nombreuses ouvertures de corps, et qui peut être regardé comme une autorité sous se rapport, dit n'avoir rencontré que deux fois des tubercules sans granulations, et cinq fois des granulations sans tubercules. Il ajoute de plus que sur le même poumon on trouve, en remontant de la base au sommet, d'abord des granulations transparentes ; plus haut, des granulations troubles, louches, blanches vers le centre, et plus haut enfin des tubercules véritables à divers degrés de ramollissement. Je ne sais jusqu'à quel point ces faits sont concluants.

Ces granulations finissent par altérer le parenchyme des organes où elles se développent, se revêtent d'une couche albumineuse membraniforme, et souvent même d'une membrane distincte qui tapisse les parois de l'ulcération et qui sécrète du pus.

Quelques auteurs ont avancé que le tubercule commençait toujours par être un petit kyste, une petite vésicule, remplie d'abord d'un fluide séreux, diaphane, qui plus tard devenait opaque, et prenait de la consistance, etc. Mais il paraît que ces kystes, très-rares chez l'homme, ne sont qu'une altération concomitante.

Le tubercule proprement dit est toujours opaque. C'est improprement qu'on lui a donné le nom de *tissu accidentel*, puisqu'il ne présente ni fibre, ni lame, ni vaisseaux, ni rien qui ressemble à une texture quelconque (M. Andral). Des corpuscules arrondis, oblongs, du volume d'un grain de millet, mais pouvant acquérir le volume du poing dans certains organes ; d'une substance d'un blanc sale, opaque, jaunâtre, grisâtre, ordinairement friable, mais plus ou moins consistante suivant l'époque où on l'examine, entourée ou non d'un kyste, quelquefois

(1) Journal de méd., chir. et pharm. ; germinal an XI, tome VI, page 3, et ibid., ventôse an XIII, page 427 ; et germinal même année, tome X, page 32. Remarques sur les tubercules enkystés et non enkystés, et Recherches sur la phthisie pulmonaire, page 21 et suiv.

(2) Éléments d'anatomie générale, par P.-A. Béclard, profess. d'anat., etc., page 711. Paris, 1823.

réunis en nombre considérable, d'autre fois presque isolés : telles sont les productions auxquelles on a donné le nom de tubercules. Mais ces tubercules se présentent sous divers états que nous devons faire connaître. D'après Bayle, ils sont d'abord très-fermes, puis ils se ramollissent vers leur centre, qui se transforme en une matière purulente, grumeleuse ; enfin ils disparaissent par la suppuration, et l'on trouve à leur place une cavité ulcérée, plus ou moins étendue, irrégulière, paraissant souvent tapissée d'une membrane, et d'autres fois offrant le tissu même du poumon plus rouge et plus consistant que dans l'état naturel. Il est alors manifeste que le parenchyme pulmonaire lui-même est altéré. Cette altération fait des progrès plus ou moins rapides. Ces ulcérations peuvent se réunir, et former des cavités anfractueuses très-étendues; on aperçoit sur leur surface l'extrémité de tuyaux bronchiques de diverses grosseurs, ainsi que l'ouverture de communication de ces cavités entre elles. La membrane qui tapisse la cavité tuberculeuse est ordinairement blanchâtre, nacrée, demi-muqueuse, sécrétant du pus ou une mucosité transparente ; dans quelques cas très-rares les parois semblent se rapprocher, contracter des adhérences et former une véritable cicatrice. Dans d'autres cas, cette membrane devient dure, demi-cartilagineuse, et constitue les parois d'une espèce de fistule aérienne sèche. Telles sont les diverses phases des tubercules proprement dits. M. Andral pense que les tucercules commencent par être d'abord très-mous et analogues à du pus infiltré dans les lobules pulmonaires; qu'ils envahissent petit à petit ces lobules, prennent de la consistance, qu'il en résulte alors une grosse masse blanchâtre dite tubercule, qui n'est autre chose qu'un lobule successivement envahi par les points blancs. Nous craignons que le désir de ne voir qu'une sécrétion morbide dans la production du tubercule n'ait influé sur cette description. Les tubercules crus très-petits, isolés, ne nous ont pas présenté l'aspect qu'on leur prête ici. Les points blancs que l'on observe dans l'hépatisation grise ne nous ont jamais présenté d'analogie avec de véritables tubercules.

Ces tubercules se développent le plus ordinairement dans le poumon, mais il n'est peut-être pas d'organe qui en soit exempt. On en trouve dans le tissu cellulaire naturel et accidentel, sur les membranes muqueuses, à la surface des séreuses, dans les ganglions lymphatiques, dans les os, dans les muscles, les organes parenchimateux, tels que le cerveau, la moëlle épinière, le foie, la rate, le pancréas, le cœur, etc., et suivant ces siéges divers le tubercule revêt une variété particulière de forme.

Une question importante se présente, et nous ne pouvons guère la passer sous silence. Quelle est la cause productrice des tubercules? Sont-ils le résultat, la suite d'une inflammation? sont-ils des corps d'une nature spéciale, ou enfin sont-ils l'effet d'une sécrétion morbide, ainsi qu'on l'a avancé récemment?

Une autre question est de savoir s'il y a transformation de la substance pulmonaire, ou simplement infiltration interstitielle de matière tuberculeuse.

Les médecins qui admettent que les tubercules sont une production phlegmatique se sont d'abord appuyés sur l'analogie : ils ont fait remarquer que les ganglions lymphatiques s'engorgeaient, devenaient durs, tuberculeux en un mot, lorsqu'il existait une inflammation dans un organe d'où naissaient leurs radicules lymphatiques. Ils ont fait voir que, lorsqu'il existait à la main, par exemple, un travail inflammatoire, les vaisseaux lymphatiques s'enflammaient aussi, qu'une trace rougeâtre, rosée, suivait leur trajet, que les ganglions de l'aisselle se tuméfiaient, durcissaient, enfin prenaient l'apparence tuberculeuse ; que quelquefois ils s'enflammaient, se ramollissaient, suppuraient, etc. Ils ont fait remarquer ces effets extérieurs sur les membres; puis, passant à l'examen des viscères intérieurs, ils ont fait voir que, lorsque la membrane muqueuse gastro-intestinale était enflammée et surtout d'une manière chronique, les glandes mésentériques s'engorgeaient et prenaient l'aspect que nous venons de décrire. Après avoir fait ressortir la ressemblance qui existe entre ces engorgements lymphatiques et les productions tuberculeuses, ils ont pensé et affirmé que les tubercules n'étaient pas autre chose, que leur formation avait toujours lieu de cette manière, et que les tubercules du poumon n'étaient autre chose que l'engorgement inflammatoire des vaisseaux lymphatiques de cet organe, consécutif pour la plupart du temps à l'inflammation du tissu pulmonaire ou des bronches. Partant toujours du même principe, ils ont rejeté les tubercules scrofuleux comme maladie particulière, et les ont regardés comme l'effet de l'inflammation des vaisseaux et des glandes lymphatiques. Leur conclusion naturelle a été que le traitement antiphlogistique était seul convenable; que jusqu'à ce jour ces maladies avaient été mal traitées; que l'insuccès dépendait de ce qu'on ne mettait en usage un traitement débilitant assez rigoureux et surtout dans le principe, etc. Ces opinions, soutenues et développées avec talent, comptent beaucoup de partisans, et l'on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elles sont très-spécieuses; mais comme leur adoption ou leur rejet peut avoir les plus grandes conséquences, il est important de ne pas se laisser entraîner par ce qu'elles offrent de séduisant, et de les examiner sévèrement et avec impartialité.

Une multitude de raisons se présentent pour combattre cette manière de voir. Les tubercules ne peuvent pas être la suite de la pneumonie, d'abord parce que dans la très-grande majorité des cas il n'a pas existé de pneumonie. Sur quatre-vingts phthisiques observés par M. Louis, trois seulement avaient eu des pneumonies quatre ans avant de mourir, et quatre avaient eu la même maladie trois, six et même quinze ans avant l'apparition de la phthisie. On a répondu à cela que la pneumonie avait été latente ; mais elle l'a donc été soixante-treize fois sur quatre-vingts. Avouons qu'il faut avoir un grand penchant pour une opinion pour se payer de semblables raisons. De plus on a fait observer que les tubercules occupaient toujours le sommet du poumon, c'est-à-dire la partie que n'occupe jamais ou du moins très-rarement la pneumonie; que dans la phthisie les tubercules se rencontraient également dans les deux poumons, et la pneumonie très-rarement; que les tubercules étaient héréditaires, et non la pneumonie chronique. Alors ces médecins ont abandonné cette opinion pour se rejeter sur le catarrhe pulmonaire; et, ne pouvant plus regarder la phthisie comme une pneumonie chronique, ils l'ont considérée comme l'effet du catarrhe. Ici les apparences leur étaient plus favorables; mais d'où vient que la phthisie survient sans catarrhe préalable? d'où vient (et c'est ici la plus puissante de toutes les raisons), d'où vient que chez nos vieillards, où rien n'est plus fréquent que les

phlegmasies chroniques du poumon, il n'existe jamais de tubercules, que la phthisie y est une maladie si rare? Les premiers symptômes de la phthisie ressemblent fort au catarrhe chronique; de là les auteurs que nous réfutons ont conclu que le catarrhe précédait les tubercules. Nous nous croyons tout aussi bien autorisé à regarder la toux comme le résultat de la présence de ces corps. A la mort ils ont fréquemment vu les bronches malades, ils en ont conclu qu'elles l'avaient été primitivement; mais nous croyons être tout aussi bien autorisé à ne regarder ces inflammations que comme consécutives. Les membranes bronchiques ne sont pas toujours malades, on les a trouvées saines dans le voisinage de tubercules et même de cavités tuberculeuses. Lorsqu'il se développe des tubercules dans d'autres organes, ils ne sont pas en général précédés de phénomènes inflammatoires. Enfin on trouve des tubercules crus au milieu d'un tissu organique très-sain, où il n'existe pas la moindre apparence, pas la moindre trace d'inflammation et de congestion. De plus, on rencontre des cavités considérables, par conséquent très-anciennes, autour desquelles on trouve des traces d'inflammation, mais si peu étendue et d'un aspect si récent, qu'on ne peut les regarder que comme des effets et non comme des causes. Nous pourrions ajouter encore une multitude d'autres preuves. Bornons-nous à examiner la structure anatomique du tubercule et celle des ganglions lymphatiques, et voyons s'ils procèdent de la même manière. Lorsque le ganglion lympathique est engorgé et qu'il s'enflamme, cette inflammation a lieu de la circonférence au centre. Le pourtour de ce ganglion se gonfle, devient douloureux, rougit; enfin il survient de la suppuration, et le ganglion est entraîné par cette fonte purulente. Lorsque le tubercule se ramollit, c'est ordinairement du centre à la circonférence, et rarement de la circonférence au centre; il détruit peu à peu les tissus environnants, il creuse une cavité, établit une communication avec une ouverture bronchique, etc. Enfin, si nous voulons nous appuyer des effets du traitement, nous voyons que les antiphlogistiques, loin de guérir les phthisiques, ne font qu'accélérer leur perte. Si la maladie était essentiellement inflammatoire, et rien qu'inflammatoire, ce traitement devrait déjà compter de nombreux succès depuis qu'on le vante et qu'on le met en usage. Nous n'avons aucune connaissance de faits de ce genre; les cas où on a pu l'employer sont cependant loin d'être rares. Concluons que l'affection tuberculeuse n'est point la suite d'une inflammation, mais bien une altération organique particulière. L'irritation peut bien favoriser la production du tubercule, mais elle n'en est pas la cause nécessaire; il faut une disposition spéciale, indépendante de cette irritation, pour que le tubercule se développe.

Maintenant cette altération est-elle le résultat d'une sécrétion morbide? C'est l'opinion d'un jeune médecin distingué; il s'appuie sur ce que la matière tuberculeuse s'est toujours présentée à lui comme un simple produit de sécrétion. Primitivement liquide, elle se solidifie ensuite, comme par une sorte de cristallisation, à mesure que sont résorbées ses particules les plus fluides. Dans ce produit on ne trouve ni vaisseaux, ni canaux, ni aréoles, ni fibres, ni lames, rien en un mot qui rappelle l'idée de l'organisation. Les dernières ramifications bronchiques, le tissu cellulaire qui environne les lobules pulmonaires, lui paraissent être le siége le plus ordinaire de l'infiltration tuberculeuse. Mais si telle est en effet le mode de production du tubercule, qu'est-ce que cette disposition de l'organisme qui fait sécréter de la matière tuberculeuse? Il nous semble que la difficulté n'est tout au plus que reculée, et qu'il faut toujours admettre une disposition spéciale. Ainsi, que le tubercule soit le résultat d'une sécrétion, ou d'une espèce de végétation, etc., ce n'en est pas moins un état morbide particulier, spécial. Au reste, toutes les fois que dans l'organisme il se forme un dépôt quelconque de matière, cette formation ne peut avoir lieu que par une espèce d'acte sécrétoire. Cette matière est, en effet, *séparée* pour être déposée dans le parenchyme des organes, dans les divers tissus, dans les différentes cavités. Nous ne sachions pas qu'on ait jamais pu contester cette proposition.

Dans le principe des tubercules, lorsqu'ils sont encore rudimentaires, le tissu pulmonaire ambiant paraît sain; mais par la suite ce tissu paraît bien évidemment altéré; nous avons cependant trouvé dans le cerveau des masses tuberculeuses assez considérables, qui semblaient n'avoir que comprimé les parties voisines; on les détachait facilement sans altérer la substance de l'encéphale.

Nous avons cru devoir donner quelques développements à la description des tubercules, à cause de leur fréquence, et des discussions dont ils ont été le sujet; nous nous étendrons moins sur les autres altérations morbides.

La *mélanose* a été rangée parmi les cancers; nous pensons qu'elle a peu de rapports avec cette dégénérescence morbide. Comme son nom l'indique, la mélanose est une production morbide, caractérisée principalement par sa couleur noire. L'attention des médecins a été fixée sur cette matière depuis le commencement de ce siècle. Des masses noires qui varient pour leur volume depuis une extrême petitesse jusqu'à une grosseur considérable, mais encore indéterminée, isolées, enveloppées d'un kyste ou simplement infiltrées dans les tissus, à l'état solide ou liquide, disséminées en plaques à la surface des membranes, constituent la production accidentelle dont nous parlons.

La mélanose existe en masse, peut être brune, bistre, très-noire; elle colore le linge et le papier comme l'encre de Chine; elle est ronde, oblongue, mamelonnée, lobulée, irrégulière, lamelleuse; de la consistance du suif ou des ganglions lymphatiques. Il n'est pas certain que la mélanose subisse un travail de ramollissement; il est rare qu'elle soit entourée d'un kyste; et lorsqu'on a cru en reconnaître la présence, ce kyste paraissait n'être qu'une espèce de tissu cellulaire plus ou moins lâche qui entourait la concrétion mélanique. Cette concrétion ne présente ni vaisseaux, ni nerfs, ni canaux, ni aréoles, ni fibres, ni rien qui décèle une organisation véritable : c'est donc une véritable production anorganique.

La substance mélanique paraît quelquefois infiltrée dans le tissu même des organes; elle occupe les réseaux déliés de ces organes, qu'elle envahit de proche en proche. L'induration noire qui en résulte a été assimilée à toute autre espèce d'induration indépendante de la coloration noire, et regardée comme l'effet de l'inflammation. J'avouerai que je n'ai pas été convaincu par les raisonnements apportés à l'appui. Si l'induration noire est semblable à l'hépatisation rouge, grise, etc., quelle est la cause de la différence de couleur? De ce que l'on regarderait l'induration noire comme une production particulière, je ne vois pas la nécessité de faire autant d'espèces de phthisie qu'il y a de sortes d'hépatisa-

tion; pas plus que je ne conçois la nécessité de regarder toutes les dégénérescences du poumon comme de simples pneumonies.

De petites quantités de substance noire peuvent être infiltrées isolément dans le tissu des organes.

On a regardé comme étrangère à la mélanose la matière colorante noire du poumon, sans augmentation de consistance; un auteur veut aujourd'hui que ces deux substances soient de la même nature, plus ou moins solides.

On trouve la mélanose en forme de plaque sur la surface libre des membranes et surtout des séreuses. Ce sont de véritables pseudo-membranes. A l'exemple de notre savant ami le docteur Breschet, on admet la mélanose à l'état liquide. C'est principalement sur les membranes muqueuses qu'on trouve la mélanose à cet état : elle paraît être le résultat d'une espèce d'exhalation morbide. Elle survient fréquemment dans la gastrite, mais surtout dans le cancer de l'estomac. Cette altération me paraît avoir beaucoup d'analogie avec l'exalation sanguine.

On trouve dans les mélanoses, de la fibrine, une matière colorante noirâtre, soluble dans l'acide sulfurique affaibli et dans la solution de sous-carbonate de soude, et colorant ces liquides en rouge; une parcelle d'albumine, du chlorure de sodium, du sous-carbonate de soude, du phosphate de chaux, de l'oxyde de fer. On voit que la composition de cette substance est fort analogue à celle du sang, et qu'elle est principalement formée par la fibrine et la matière colorante du sang dans un état particulier; elle contient de plus trois matières grasses distinctes. Au reste, les diverses analyses de MM. Barruel, Lassaigne et Foy ne se ressemblent pas entièment.

La mélanose se forme dans beaucoup d'organes, dans le tissu cellulaire, les os, les muscles, les vaisseaux sanguins, le cœur, les glandes lymphatiques, l'orbite, les organes parenchymateux, principalement le poumon, le foie, les reins, le pancréas, la rate, les mamelles, les tissus accidentels, la peau, les membranes séreuses, muqueuses, etc. Le cerveau n'en a pas offert jusqu'à ce jour.

M. Andral n'admet point de maladie spéciale qui puisse porter le nom de *cancer;* suivant lui, tout développement insolite du réseau capillaire muqueux ou cutané, toute ancienne fluxion vers une portion de membrane muqueuse, l'hypertrophie partielle de cette membrane ou du derme, l'épaississement du tissu cellulaire, l'infiltration de ces mailles par une matière albumineuse ou gélatineuse, l'induration des ganglions lymphatiques, induration où il n'y a pas plus de tissu accidentel que dans un poumon hépatisé, voilà, suivant cet auteur, autant de lésions qui, aussi bien que la matière encéphaloïde et le squirrhe, peuvent se terminer par la destruction de la partie qu'elles occupent, et par une ulcération qui tend sans cesse à s'agrandir. Toutefois, nous n'avons pas été suffisamment convaincu par les raisonnements de ce médecin ingénieux, pour adopter entièrement sa manière de voir; nous croyons donc devoir conserver les dénominations reçues jusqu'à ce jour.

Le *cancer* est bien autrement fréquent, et par conséquent bien plus important à connaître que la concrétion précédente. A l'état dur ou de crudité, il porte principalement le nom de squirrhe. Il se présente sous la forme de masses irrégulières, plus ou moins volumineuses, tantôt uniques, tantôt multiples; d'un blanc jaunâtre, grisâtre, demi-transparentes, bleuâtres, nacrées, criant sous le scalpel; offrant quelquefois des rayons convergents, des fibres, des cloisons, rarement des vaisseaux distincts, se perdant insensiblement dans le tissu même des organes, et quelquefois en étant assez distinctement séparé. Au reste ces caractères sont très-variables, et lorsqu'on a vu beaucoup de cancers, on a pu se convaincre qu'il en était peu de semblables. On en a distingué un très-grand nombre d'espèces : l'ulcère cancéreux, dont les bords seuls offrent quelque ressemblance avec la dégénérescence que nous venons de décrire; le cancer cérébriforme ou encéphaloïde, dont nous allons parler bientôt; la production mélanique ou cancer mélané, dont nous venons de tracer les principaux traits; le cancer en forme de cicatrice, etc.; mais je crois qu'on est loin d'en avoir décrit toutes les espèces. Quoi qu'il en soit, au bout d'un certain temps le squirrhe change d'aspect; il perd sa transparence et sa dureté. Il se ramollit vers quelque point de son étendue; ordinairement c'est la partie qui s'est prise la première, qui la première aussi se ramollit. Il présente alors une apparence gélatineuse; mais je dois dire que cette forme n'est pas aussi fréquente que le prétendent les auteurs. Dans la division des incurables, à l'Hospice de la vieillesse (femmes), dont je fais le service depuis bien des années, j'ai eu occasion de voir un grand nombre de femmes cancérées, et je puis affirmer que le ramollissement dans les cas les plus ordinaires ressemble à une bouillie épaisse, blanchâtre, jaunâtre, verdâtre, souvent sanguinolente, ce qui lui donne la plus grande ressemblance avec la substance de l'encéphale à l'état de ramollissement. Lorsqu'on a enlevé cette matière, on voit la surface du cancer, irrégulière, mamelonnée, encore un peu molle; en la coupant on reconnaît plus loin le tissu squirrheux, qui se perd dans la portion saine; quant à l'apparence de sirop, de miel, etc., elle est sans doute fort rare : je n'ai jamais eu occasion de faire une semblable comparaison.

La dégénérescence qui nous occupe peut survenir dans toutes les parties du corps d'une manière primitive ou consécutive, mais il en est qu'elle semble affecter de préférence : l'utérus, l'estomac, les mamelles, les testicules, sont certainement les organes qui en sont le plus souvent atteints. La peau, les membranes séreuses, fibreuses, les glandes lymphatiques, les cartilages, les os, les muscles, le foie, la rate, les reins, le poumon, le cerveau, le tissu cellulaire, etc., enfin la presque totalité des organes, sont susceptibles de ce mode d'altération.

Nous ne rechercherons pas ici sa nature. Sans doute l'inflammation peut favoriser son développement; mais il est incontestable qu'une disposition spéciale ne soit nécessaire à sa formation.

La production accidentelle connue sous le nom d'*encéphaloïde* ou *cancer cérébriforme* ressemble peu à la précédente par les caractères anatomiques, mais beaucoup par sa marche, par ses phénomènes locaux et généraux. Bayle et Laennec en ont donné les premiers une description exacte. L'encéphaloïde présente la forme d'une tumeur arrondie, lobulée, unique ou multiple, enveloppée d'un kyste ou non enkystée, et quelquefois confondue avec les parties voisines. Ces lobules paraissent contournés à la manière des circonvolutions cérébrales. Dans le premier degré, que les auteurs que nous avons cités appellent période de crudité, cette production est dure, lardacée, semi-transparente ou mate, d'un blanc sale; on y distingue des vaisseaux sanguins d'une grande ténuité. Les lobes et lobules sont unis entre eux par un tissu cellulaire très-lâche. Il est bien vrai de dire qu'à cet état de crudité le nom d'*encéphaloïde* n'est nullement convenable.

A une époque plus avancée, sa consistance diminue; elle ressemble assez bien à celle du cerveau, mais elle se rompt plus facilement, est moins liée qu'elle, et varie sur les divers points de son étendue. Sa couleur est d'un blanc laiteux, quelquefois rosée, et d'autres fois rouge; elle peut même offrir de véritables ecchymoses, des épanchements de sang tels que ceux que présente l'encéphale. M. Andral nie que la matière encéphaloïde à l'état de ramollissement succède à un état de dureté des mêmes parties. J'ai cependant acquis des preuves nombreuses, indubitables, de cette transformation, dans le service des *cancérées* à la Salpétrière. Là, on peut suivre pendant la vie, et surtout après la mort, les phases de ce ramollissement. C'est principalement à l'utérus qu'il est facile de suivre cette transformation. On trouve, en effet, le col de cet organe entièrement ramolli, pultacé, après avoir été dur, résistant pendant la vie; la partie voisine de l'utérus est plus consistante, mais commence déjà à se ramollir; elle se laisse déchirer avec assez de facilité; enfin le fond de cet organe et les parties voisines qui s'affectent par contiguité sont dures, résistent à la pression et au tranchant de l'instrument, crient lorsqu'on les divise, etc. On peut ainsi sur le même individu suivre la marche de ces diverses dégénérescences, dont le ramollissement paraît être le dernier terme, et l'endurcissement le premier. Ce sont des faits de ce genre extrêmement nombreux qui nous ont empêché d'adopter les opinions de M. Andral sur ce sujet.

Lorsque l'encéphaloïde est enkysté, le kyste varie pour sa consistance, depuis la mollesse d'une enveloppe celluleuse jusqu'à la dureté du cartilage; dans ce dernier cas le semi-cartilage est doublé d'un tissu cellulaire peu dense. Ce kyste enveloppe entièrement la tumeur, ou simplement un de ses côtés. Lorsque l'encéphaloïde est isolé et non enkysté, on trouve toujours une enveloppe celluleuse qui l'entoure.

L'infiltration de matière cérébriforme est bien plus fréquente que les masses isolées. Elle passe promptement à la période de ramollissement; elle dégénère en une bouillie absolument semblable à à celle que présentent certains ramollissements du cerveau. Elle est aussi, dans l'état d'infiltration, susceptible des épanchements sanguins dont nous avons parlé tout à l'heure. Le propre de cette dégénérescence est d'envahir les parties voisines, et quelquefois de se multiplier dans divers points de l'organisme, comme le cancer et le tubercule; mais ce dernier a moins de tendance à s'étendre de proche en proche. L'encéphaloïde attaque les mêmes parties que le squirrhe.

La *cirrhose*, la *sclérose* et le *squirrhe squammeux* sont des productions si rares qu'à peine méritent-ils de trouver place dans un ouvrage élémentaire; nous en faisons mention seulement pour n'être pas taxé d'omission.

De petites masses fauves, molles, flasques, humides, compactes, ressemblant pour la consistance et la couleur à la substance des capsules surrénales, arrondies, ou sous forme de plaques, avec ou sans kystes, portent le nom de cirrhose; leur volume varie depuis celui d'un grain de millet, jusqu'à celui d'un noyau de cerise; leur nombre peut être très-considérable; elles peuvent être agglomérées, et envahir la totalité d'un organe. C'est ordinairement dans le foie qu'elles se développent. Elles sont susceptibles de se ramollir, et donnent alors naissance à une espèce de putrilage brun verdâtre. On les rencontre, quoique rarement, dans le rein, la prostate, l'épididyme, l'ovaire, la thyroïde. Au reste, cette production ne mérite pas à beaucoup près l'intérêt des précédentes; et bien moins qu'elle encore, le tissu blanc, compacte, désigné sous le nom de sclérose, le tissu blanc, mat, feuilleté, demi-transparent, qu'on appelle squirrhe squammeux, doivent-ils arrêter notre attention : ils ne sont guère que des phénomènes consécutifs de la dégénérescence cancéreuse.

Les productions dont nous venons d'esquisser les caractères principaux sont susceptibles de se combiner entre elles, ce qui rend leur étude pénible et difficile. Les tissus fibreux, cartilagineux, osseux, se trouvent souvent réunis, ainsi que la concrétion terreuse et le tubercule; le tubercule et l'encéphaloïde, le squirre et la concrétion terreuse, etc. : ce qu'on doit considérer comme une cause de la confusion qui règne dans les descriptions des pathologistes.

On rencontre encore assez fréquemment dans l'organisme des produits accidentels qui diffèrent des précédents; ce sont des matières d'apparence gélatineuse, improprement appelées *cancers colloïdes*, des matières grasses, salines, etc.

Indépendamment de ces productions accidentelles, des êtres organisés et vivants peuvent encore se développer chez l'homme. Les uns apparaissent dans l'intérieur de ses viscères creux, et même dans la substance de ses organes; d'autres, connus sous le nom d'animaux parisites, rampent à sa surface, ou adhèrent aux téguments de son corps. Parmi ces animaux, les uns semblent naître ou du moins se développer dans l'intérieur des organes, et ne peuvent vivre que là; d'autres viennent du dehors.

Les entozoaires ou vers intestinaux sont nombreux chez l'homme, quoique moins pourtant que chez d'autres animaux, comme on peut s'en assurer dans le volumineux ouvrage de Rudolphi; mais tous ne sont pas également fréquents. Les espèces admises chez l'homme par cet auteur sont les suivantes : « Filiaria medinensis, — bronchialis, trichocephalus dispar, spiroptera, strongylus gigas, ascaris lumbricoïdes, — vermicularis, distoma hepaticum, polystoma pinguicola, — venarum, bothryocephalus latus, tænia solium, cysticercus cellulosæ, — visceralis, echinococcus, diceras rude. » Parmi ces espèces il en est plusieurs de douteuses; il en est même de *fictires*. Dans un ouvrage pratique on doit non seulement se borner à ne faire connaître que les faits incontestables, mais n'exposer que ceux qui se présentent assez fréquemment; aussi ne décrirons-nous que les espèces principales. On en a fait trois divisions, sous la dénomination de vers visiculaires, vers cylindriques, et vers plats.

Parmi les premiers nous ne trouvons que l'*acéphalocyste* qui mérite de nous arrêter, à cause de sa fréquence dans l'homme. Cette production n'est regardée comme un ver ni par Rudolphi, ni par M. Cuvier. Quoi qu'il en soit, elle consiste en une vessie dépourvue de tête et de corps, ronde, obronde, semblable à un grain de raisin, pouvant acquérir le volume du poing, transparente, blanche, opaline, molle, contenant un liquide quelquefois filant, épais, gélatineux, visqueux, verdâtre, etc. Les parois de cette espèce de kyste sont susceptibles de s'épaissir, et même de s'ossifier. J'en ai déposé un de ce genre dans les cabinets de l'École. Ces kystes peuvent être inclus les uns dans les autres; leurs parois sont d'autant plus minces et transparentes qu'on les observe plus intérieurement. D'autres sont disposés en grappes, etc.; ils sont susceptibles de s'altérer, de se détruire, des former une bouillie

verdâtre. On les trouve fréquemment dans le foie, où ils sont très-nombreux. J'en ai vu dans les ovaires, dans l'utérus. Les hydatides qui étaient contenues dans les ovaires se firent jour par le rectum et furent rendues par les selles. On ignore entièrement le mode de reproduction de ces êtres équivoques.

Parmis les vers plats il n'y a d'intéressant pour nous que le ténia, ver long quelquefois de plusieurs toises, plat, composé de parties articulées, et dont la tête est garnie de deux ou quatre petits suçoirs. On en distingue de deux espèces :

Le ténia large ou inerme, *t. lata, bothryocephalus latus.* Brems. Ce ver n'est point considéré par Rudolphi comme un ténia. Il en a fait un genre à part, et le sous-divise en trente-quatre espèces différentes, qui toutes, à la vérité, n'habitent pas les intestins de l'homme.

Chez celui-ci le *tœnia lata* de Linnæus, qui est le même que celui dont nous parlons, a la tête presque carrée, armée de deux fossettes-suçoirs; ces parties sont oblongues; il est presque dépourvu de cou; les anneaux antérieurs forment des espèces de rides; les suivants sont carrés, aussi larges que longs; les derniers sont alongés. L'animal est renflé vers son milieu, lorsqu'il est entier; mais chaque anneau pouvant former un animal et vivre séparé, il n'est pas rare de ne pas lui trouver cette forme; sa couleur est blanche. Les Suisses et les Russes y sont particulièrement sujets; on le trouve peu en Angleterre, en Hollande et en Allemagne.

Le *tœnia sotium* de Linnæus, improprement appelé ver solitaire, est ainsi décrit par Rudolphi: sa tête est presque hémisphérique, distincte; l'extrémité en est obtuse; le cou s'épaissit en avant, les les articulations antérieures sont très-courtes, les suivantes sont presque carrées, les postérieures sont oblongues; toutes sont obtuses, pourvues d'un pore marginal, irrégulièrement alterne; sa tête est garnie de quatre petites bouches ou suçoirs, dont le centre est armé de crochets. Sa longueur est de cinq à dix pieds et plus. On trouve cette espèce en Angleterre, en Hollande et en Allemagne. On l'a quelquefois rencontrée dans les cadavres, et jamais la précédente. Elles habitent l'une et l'autre principalement l'intestin grêle.

Parmi les vers cilindriques nous distinguerons l'ascaride, le trichocéphale et la filaire.

L'ascaride a le corps long, aminci aux deux extrémités, la tête munie de trois tubercules, le pénis pointu et bifide. L'ascaride lombricoïde a la tête nue, un corps de trois à douze pouces, sillonné dans toute sa longueur en dessus et en dessous, la la queue obtuse. L'ascaride vermiculaire a la tête obtuse, garnie d'une membrane vésiculaire des deux côtés; son corps légèrement épaissi antérieurement; la queue du mâle est obtuse et fléchie; celle de la femelle, plate et droite; sa longueur est de quelques lignes. La première espèce habite l'intestin grêle, et quelquefois l'estomac; je l'ai vu en quantité énorme remplir tout le canal alimentaire. La seconde habite particulièrement le rectum.

Le trichocéphale est très-commun; il habite principalement le cœcum. Sa partie antérieure est filiforme, la postérieure un peu plus épaisse; la bouche est orbiculaire; le pénis simple, enveloppé d'une gaîne; le corps de la femelle est droit, celui du mâle contourné en spirale.

La filaire n'existe que sous les tropiques; elle se loge dans le tissu cellulaire des pieds et des jambes. Elle est longue, a la tête effilée, la queue aplatie, et fléchie dans le mâle; dans la femelle elle est demi-cilindrique, pointue et courbe; la bouche est orbiculaire; le pénis du mâle est pointu et simple.

Ce serait sans doute ici le lieu de discuter la valeur des arguments sur lesquels on s'est appuyé dans ces derniers temps pour établir que toutes les altérations dont nous venons de parler ne sont que des inflammations ou des résultats de l'inflammation. Il nous semble que la description succincte que nous venons d'en faire est bien suffisante pour prouver le contraire. Il nous semble impossible de regarder comme dépendant d'une cause unique toutes les altérations dont nous venons de parler. Quoi! l'on regardera comme dépendants de la même cause les hémorrhagies, les névroses, l'athrophie, l'hyperthrophie, la dilitation, l'oblitération, le ramollissement, l'endurcissement des organes, l'anémie, la pléthore, le scorbut, le charbon, la polysarcie, l'emphysème, les éphélides, les taches, les concrétions gypseuses, plâtrées, les calculs, la cartilagination, l'ossification, le tissu érectile, les productions cornées, les tubercules, les granulations, la mélanose, le cancer, l'encéphaloïde, la cirrhose, la sclérose, les hydatides, les ténia, les ascarides, etc., etc.! Il faut avouer qu'on doit être pourvu d'une foi bien robuste pour croire à de pareilles niaiseries.

Si l'on s'était borné à dire que l'inflammation était très-favorable au développement de la plupart de ces états pathologiques, on aurait dit une chose fort juste sanctionnée par l'expérience, et que tous les bons esprits se seraient empressés d'admettre; mais vouloir faire dépendre d'une cause identique tant d'effets différents, sans autres modifications que celle du siége de la maladie, c'est ce qu'il est impossible de soutenir, et que le sens commun le plus simple se révolte d'adopter.

Nous bornons ici nos considérations générales. Nous pensons que ces connaissances préliminaires nous faciliteront beaucoup l'étude des détails dans lesquels nous allons entrer. Nous allons examiner rapidement les caractères de chacune des lésions dans les divers organes de l'économie animale, et nous en ferons ressortir les différences lorsque les circonstances l'exigeront. Peut-être aurions-nous dû établir un parallèle entre chacun des modes pathologiques que nous venons d'exposer, mais leurs caractères distinctifs nous ont paru assez tranchés pour nous dispenser d'entrer dans de semblables développements. Il faut épargner le temps des lecteurs, et laisser quelque chose à leur intelligence.

On s'étonnera sans doute de ne pas trouver ici l'exposition de notre manière de voir sur les fièvres essentielles, ou du moins quelques réflexions générales sur ce sujet; peut-être aussi aurions-nous pu nous étendre plus longuement sur l'altération des fluides, sur les spécificités, etc.; mais indépendamment que nous aurons occasion de revenir sur chacun de ces sujets importants, il nous a paru convenable de ne présenter d'abord que des objets clairs, faciles à saisir, et peu susceptibles de contestation.

PREMIÈRE DIVISION.

DES MALADIES DONT ON PEUT DÉTERMINER LE SIÉGE.

Fidèle à notre manière d'envisager la pathologie, mettant au premier rang la connaissance du siége des maladies, ce siége constituant le point principal du diagnostic, il était naturel d'établir d'abord deux grandes divisions dans les maladies, divisions fondées sur la connaissance ou l'ignorance où l'on

est sur leur siége; en second lieu, nous devions nécessairement réunir ensemble les affections qui ont le même siége, qui occupent le même organe; enfin, les objets qui frappent les yeux étant plus faciles à reconnaître que ceux qui sont dérobés à nos regards, devant procéder, dans toute science, du simple au composé, l'étude la plus facile devant précéder l'étude la plus difficile, l'exposition des maladies devait commencer par celles de la peau.

PREMIÈRE SECTION.

Diagnostic des maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Il n'est peut-être aucune classe d'affections dans lesquelles on ait multiplié les divisions d'une manière plus exubérante que dans celle qui va nous occuper. On a poussé les distinctions jusqu'à la minutie, et cela, nous devons le dire, en pure perte pour la pratique. Autant il est important de ne pas confondre les objets différents, autant il est important de réunir des objets analogues. Les distinctions subtiles ne sont propres qu'à surcharger la mémoire, à consumer un temps précieux, qu'on pourrait employer à l'étude d'objets plus utiles, et non sans avantages pour l'humanité. Plenck, Willan, Bateman, M. Alibert, ont établi plus de cent espèces de ces maladies. Nous tâcherons d'éviter cet excès, qu'on ne doit attribuer qu'à l'amour que nous inspirent les objets particuliers de nos études. Nous nous bornerons à donner les caractères des maladies les plus fréquentes et les plus utiles à connaître.

Les anciens auteurs ont parlé en détail, et cependant assez confusément, des maladies de la peau. Leurs descriptions sont aujourd'hui à peu près méconnaissables; et tous les efforts des glossateurs et des commentateurs ne pourraient porter la plus légère lumière sur ces savantes obscurités. Une description exacte d'une phlegmasie cutanée, faite de nos jours, est plus instructive pour nous que toutes les verbeuses dissertations auxquelles on s'est encore livré récemment sur quelques maladies éruptives. C'est principalement pour ce genre d'affections qu'il est avantageux de voir qu'on ne connait que ce qu'on voit. Cette vérité a tellement été sentie par M. Alibert, qu'il a cherché à y suppléer par la peinture; trop heureux si les artistes employés à ce travail, entraînés par leur imagination, n'avaient souvent fardé la nature!

C'est seulement dans ces temps modernes qu'on a étudié avec attention les maladies qui nous occupent, et que les nosographes ont cherché à les classer par des caractères particuliers. Nous passerons sous silence les classifications nécessairement imparfaites des premiers auteurs. Les efforts de Sauvages, Mercurialis, Hafenreffer, Bonacurcius, Lorry et autres, durent nécessairement se sentir des temps où ils écrivaient.

M. Alibert, en France, est celui qui s'est le plus occupé des maladies de la peau. « Placé, comme il le dit lui-même, sur un théâtre où ces maladies se présentent et se renouvellent sans cesse, il a pu mieux qu'un autre débrouiller la confusion introduite dans les travaux des anciens; il a pu suivre la marche, les périodes, le déclin, les *récrudescences*, les *métamorphoses* des divers exanthèmes; il a eu besoin, ajoute-t-il, d'une patience infatigable, lorsqu'il a fallu démêler des faits aussi nombreux dans un champ si vaste pour l'observation médicale. Si l'on examine la série innombrable des affections dont le système dermoïde est la proie, on concevra que dans ce vaste hôpital où tant d'objets appelaient à la fois sa curiosité et sa vigilance, puisque l'hôpital Saint-Louis est en quelque sorte l'égout de toutes les contrées du monde, son esprit se fût souvent égaré sans le pouvoir tutélaire d'une méthode rigoureusement analytique, et cette méthode, préférable à toutes, a été celle des naturalistes. » Quoi qu'en dise l'auteur, cette méthode nous a paru tout-à-fait arbitraire, et nous n'avons pu apercevoir les liens qui coordonnaient *ce vaste ensemble*. Au reste, voici cette méthode.

I. Teignes, faveuse, granulée, furfuracée, amiantacée, muqueuse;

II. Pliques, multiforme, solitaire ou à queue, en masse;

III. Dartres, furfuracée, squammeuse, crustacée, rongeante, pustuleuse, phlycténoïde, érythémoïde;

IV. Ephélides, lentiforme, hépatique, scorbutique;

V. Cancroïdes;

VI. Lèpres, squammeuse, crustacée, tuberculeuse;

VII. Pians, ruboïde, fongoïde;

VIII. Ichthyoses, nacrée, cornée, pellagre;

IX. Syphilides, pustuleuse, végétante, ulcérée;

X. Scrofules, vulgaire, endémique.

Vient ensuite le tableau des exanthèmes aigus.

Le docteur Willan avait entrepris un grand ouvrage sur ces affections; son ami, le docteur Bateman, a abrégé ce que cet auteur avait fait connaître, et a rempli les lacunes qui restaient, au moyen de ses propres observations; voici la classification de ce dernier, laquelle n'offre rien de commun avec la précédente.

Le docteur Bateman, d'après Willan, admet huit ordres de maladies de la peau : *papulæ*, *squamæ*, *exanthemata*, *bullæ*, *pustulæ*, *vesiculæ*, *tubercula*, *maculæ*.

Ces mots ne sont pas pris exactement dans le sens qui leur est vulgairement attribué, et l'auteur s'est attaché à en fixer exactement la signification. Il entend par

« 1° *Papula*, une élévation très-légère, pleine, solide, résistante et aiguë de la peau, avec une base enflammée ne contenant jamais de fluide, ou s'ulcérant quelquefois au sommet, et se terminant par une croûte.

« 2° *Squama*, une lame de l'épiderme malade, rude, épaisse, blanchâtre et opaque. Lorsque les écailles augmentent et forment des croûtes irrégulières, elles prennent le nom de croûtes.

« 3° *Exanthema*, des taches rouges, superficielles, de formes différentes, et répandues irrégulièrement sur le corps, laissant des intervalles d'une couleur naturelle, et finissant par des exfoliations de la peau.

« 4° *Bulla*, une large portion de l'épiderme détachée de la peau par l'interposition d'un fluide transparent et aqueux.

« 5° *Pustula*, une élévation de l'épiderme avec une base enflammée, contenant du pus. Il en existe quatre variétés: *phlyzacium*, pustule ordinairement large, élevée sur une base rude, circulaire, d'un rouge très-vif, et remplacée par une croûte épaisse, rude et de couleur foncée; le *psydracium*, pustule petite, souvent irrégulièrement circonscrite, produisant seulement une élévation légère de l'épiderme, et se terminant par une croûte lamelleuse. Plusieurs psydracia paraissent ordinairement ensemble, et deviennent confluents; et, après la sortie

du pus, ils versent au-dehors une humeur terne et aqueuse, qui forme souvent une incrustation légère. L'*achor* et le *favus* sont deux variétés de la même espèce. L'achor est une pustule petite, pointue, remplie d'une matière couleur paille, offrant l'apparence et presque la consistance du miel, se terminant par une croûte mince, brune et jaunâtre. Le favus est plus large, plus aplati, non pointu, contient une matière plus visqueuse. Sa base, qui est souvent irrégulière, est légèrement enflammée, et elle est remplacée par une éruption jaune, demi-transparente, et quelquefois cellulaire, semblable à un rayon de miel, d'où elle a tiré son nom.

« 6° *Vesicula,* une petite élévation orbiculaire de l'épiderme, contenant de la lymphe, qui est quelquefois incolore et claire, mais souvent opaque et blanchâtre ou perlée; elle est remplacée par une croûte ou par une éruption lamelleuse.

« 7° *Tuberculum,* une tumeur petite, dure, superficielle, circonscrite et permanente, ou supurant partiellement.

« 8° *Macula*, une coloration ou une décoloration permanente de quelque partie de la peau, souvent avec un changement dans son organisation. Il prend dans leur acception ordinaire les mots *bouton*, *éruption furfuracée*, *croûte*, *stigmate*.

Chacun de ces huit ordres contient un grand nombre de genres et d'espèces.

Il parait que c'est à Plenck, professeur de l'université de Bade, qu'on doit la première classification soignée des maladies de la peau. Dès 1780, il avait fait des efforts pour tirer du vague où elle était plongée cette branche de la médecine, et ses travaux ont véritablement servi de modèle et de guide à Willan. Plenck reconnaît quatorze ordres de maladies cutanées : 1° maculæ, 2° pustulæ, 3° vesiculæ, 4° bullæ, 5° papulæ, 6° crustæ, 7° squamæ, 8° callositates, 9° excrescentiæ, 10 ulcera, 11° vulnera, 12° insecta cutanea, 13° morbi unguium, 14° morbi capillorum. Il est évident que la classification de Willan est calquée sur celle-là, qui pour cela ne méritait pas que M. Bateman la tournât en dérision. Quoi qu'il en soit, nous le répétons, toutes ces classifications ne nous paraissent que des jeux de l'esprit, des divisions purement arbitraires. Sans doute il est important de bien s'entendre, mais ce degré d'importance est loin d'être le même suivant l'objet dont on s'occupe.

J.-P. Franck, qui n'a pas fait de traité *ex professo* sur les maladies de la peau, mais qui s'est étendu longuement sur ce sujet dans son *epitome,* consacre deux classes à ces maladies. La première est divisée en deux ordres, dont l'un est consacré aux exanthèmes nus, *exanthemata nuda*, qui comprend l'érysipèle, la scarlatine, l'urticaire, les pétéchies; et l'autre contient les exanthèmes rudes, *scabra*, qui comprend le millet, la variole, la rougeole, le pemphigus et les aphthes. La deuxième classe renferme les éruptions impétigineuses; elle se divise en deux ordres : le premier traite des taches et contient les éphélides, le chloasma, les ecchymoses, l'érythème; le second, les éruptions impétigineuses rongeantes, le porrigo, les dartres, l'hydroa, la gale, le psydracium, les teignes et la lèpre. Depuis la publication de cet ouvrage, il a paru deux traités spéciaux sur la matière dont nous nous occupons ici, l'un de M. Rayer, fait avec le talent qui caractérise ce médecin distingué, et l'autre de MM. Cazenave et Schedel. Celui-ci doit être considéré comme l'exposé des leçons que notre savant collègue le docteur Biett fait à l'hôpital Saint-Louis, et sous ce rapport mérite beaucoup d'attention. Ces auteurs ont d'ailleurs profité des meilleurs écrits sur ce sujet, et, riches eux-mêmes de leur propre fonds, ayant fait une étude spéciale de nos maladies, ils ne peuvent qu'avoir produit un bon livre; nous pensons qu'on peut considérer cet écrit comme l'état actuel de la science sur les affections cutanées.

Ces jeunes médecins prenant pour base les lesions élémentaires de la peau, ainsi que l'ont fait Willan et Bateman, ont fait subir peu de modifications à la classification de ce dernier. Seulement d'après M. Biett ils ont cru devoir transporter, d'une classe dans une autre, certaines éruptions qui ne leur ont pas paru mises par le pathologiste anglais dans leur véritable place.

Ils admettent les ordres suivants : *exanthèmes*, *vésicules, bulles, pustules, papules, squammes, tubercules, macules;* en outre ils en font sept des maladies qui, par leur nature, ne peuvent se rapporter à aucun des ordres ci-dessus; ce sont : le *lupus*, le *pellagre,* les *syphilides*, le *purpura*, l'*éléphantiasis* des Arabes, les *maladies des follicules sébacés*, la *kéloïde*.

Tout en rendant justice au mérite du professeur Alibert, on voit qu'ils n'adoptent pas sa classification, qui n'est fondée que sur des résultats, des effets consécutifs, des produits de l'inflammation, sur ses différents états, sur des nuances de forme, etc.

Notre intention n'étant pas de donner un traité complet des maladies de la peau, mais seulement de tracer les caractères de celles qui se présentent le plus fréquemment dans la pratique, nous ne nous astreindrons pas à suivre une classification quelconque, non que nous ne l'approuvions pas, mais parce que nous croyons que ce qui importe le plus c'est le tracer avec exactitude les caractères des maladies qui réclament le plus souvent nos secours : nous en traiterons dans deux articles, sans attacher à nos divisions la plus légère importance. En les distinguant en aiguës et en chroniques, nous n'ignorons pas les reproches qu'on peut nous adresser; nous n'ignorons pas que des maladies chroniques commencent souvent par être aiguës, et que par conséquent elles devraient occuper deux places dans le même cadre, etc.; mais ces inconvénients sont bien légers dans un livre où, ne présentant qu'une partie du tableau, l'absence de classification ne saurait se faire sentir.

§ I. Phlegmasies aiguës de la peau.

Dans cet article nous donnerons les caractères différentiels de l'érysipèle, de la scarlatine, de la rougeole, des pétéchies, de la variole, de la varicelle, de la vaccine, du zona, de la milliaire, de l'urticaire, du pemphigus.

De l'Érysipèle.

C'est la phlegmasie de la peau la plus simple, la plus facile à reconnaître. On peut la considérer comme le prototype de l'inflammation : elle réunit au plus haut degré de simplicité, et de la manière la plus complète, les caractères que nous avons attribués à cette classe de maladies. L'intumescence seule est peu sensible à la vue, parce qu'elle est générale; du reste, l'érysipèle naît, croît et se termine ainsi que nous l'avons exposé dans nos généralités. On distingue avec raison diverses espèces d'érysipèles. Les principales que nous ferons connaître sont l'érysipèle simple, le phlegmoneux, l'édéma-

teux, le gangréneux; l'érysipèle compliqué avec diverses phlegmasies; ce qui lui a fait donner le nom de *malin*, lorsqu'il était compliqué avec une phlegmasie du cerveau ou des méninges; de gastrique, lorsqu'il était accompagné d'une inflammation gastro-intestinale, etc.; enfin on a admis un érysipèle épidémique, sporadique, fixe, ambulant, local, général, idiopathique, symptomatique, critique, etc. Toutes ces distinctions ne sont pas également utiles.

Un sentiment de prurit, de démangeaison, bientôt une véritable douleur, accompagnée d'une chaleur plus ou moins vive, d'une rougeur intense, diffuse, disparaissant par la pression pour reparaître aussitôt après, d'une légère intumescence de la peau, caractérisent l'érysipèle simple. C'est à dessein que nous omettons de dire que la peau est surmontée de phlyctènes dans l'érysipèle, tandis qu'elle est unie dans l'érythème. Nous regardons cette distinction comme trop subtile pour être conservée, et l'érythème ne doit être considéré que comme l'érysipèle dans son plus grand état de simplicité.

L'érysipèle simple est quelquefois annoncé par des phénomènes précurseurs : le malade éprouve un malaise général, des lassitudes spontanées, des douleurs vagues, des bâillements, des pandiculations, de la somnolence, de l'insomnie, de la céphalalgie, de la soif, de l'inappétence, de la chaleur à la peau, de la fréquence dans le pouls, etc.; d'autres fois les phénomènes locaux se manifestent sans prodrôme.

Le premier jour, après un frisson plus ou moins long et violent, on aperçoit sur l'une des parties du corps une rougeur à peine plus marquée que dans l'état ordinaire; la tuméfaction y est à peine sensible; la chaleur est vive, souvent âcre, mordicante; la douleur est ordinairement prurigineuse; peu à peu ces phénomènes augmentent d'intensité. La rougeur devient plus vive, principalement vers le point d'origine; elle s'étend; ses bords se perdent insensiblement dans la partie saine de la peau, de sorte qu'il est bien difficile d'en déterminer les bornes; la tuméfaction augmente quelquefois au point qu'on ne reconnaît plus ni saillies, ni enfoncements. La chaleur est brûlante, dévorante, et la douleur peut devenir intolérable. Vers le troisième ou le quatrième jour, on observe quelquefois une multitude de petites pustules du volume d'un grain de millet, plus ou moins. Le liquide qu'elles contiennent devient opaque, jaunâtre, grisâtre, puis se dessèche; d'autres fois, à cette époque, apparaissent de véritables phlyctènes, qui peuvent acquérir le volume d'un œuf; elles renferment une sérosité plus ou moins brunâtre, qui s'épanche ordinairement au dehors. La première de ces éruptions a reçu le nom d'*érysipèle miliaire;* la seconde, celui d'*érysipèle phlycténoïde;* distinctions qui ne font qu'embarrasser l'art de puérilités.

Ces phénomènes locaux sont en général accompagnés de symptômes généraux, tels que chaleur à la peau, force, fréquence du pouls, soif vive, etc., enfin par le cortége des phénomènes fébriles; mais lorsque l'érysipèle est extrêmement simple et bénin, il parcourt ses périodes sans signes de réaction.

Au bout d'un certain temps, rarement avant le troisième, rarement après le septième jour, les phénomènes que nous avons exposés cessent de croître, et commencent à diminuer d'intensité. La résolution s'opère alors. C'est la terminaison ordinaire de la maladie qui nous occupe. Elle a lieu par la disparition progressive de la chaleur, de la douleur, de la rougeur et de la tuméfaction, ainsi que par la diminution des symptômes généraux. L'épiderme se détache en écailles, les croûtes tombent, et le léger empâtement qui succède ne tarde pas à se dissiper.

On pense bien que les phénomènes fonctionnels locaux doivent varier suivant la région occupée par l'inflammation érysipélateuse. A l'exemple de J.-P. Frank, nous nous bornerons à esquisser l'érysipèle de la face, comme l'espèce la plus importante et la plus commune de toutes.

Le front, le nez, les joues, les lèvres, les paupières, les oreilles, enfin tous les points de la face, peuvent commencer par être le siége de l'érysipèle. Borné d'abord à une partie, il envahit bientôt les régions voisines, et souvent, après avoir parcouru ses périodes sur un côté de la face, on le voit gagner le côté opposé. Le lieu nouvellement occupé présente l'aspect de l'érysipèle commençant, tandis que celui qui vient d'être abandonné offre celui de la résolution, une efflorescence, une véritable desquammation. Toutes les parties ne se tuméfient pas également : les paupières, d'un tissu lâche et perméable; les lèvres, d'un tissu érectile, les unes et les autres très-susceptibles de se laisser pénétrer par les fluides, acquièrent un volume démesuré; de sorte que les yeux, ordinairement enfoncés dans l'orbite, semblent faire saillie au dehors, et sont complètement fermés; les lèvres sont saillantes; enfin la face présente l'apparence d'une outre, d'un ballon. Les narines, resserrées, ne permettent plus l'introduction de l'air; le malade respire alors par la bouche, qui elle-même s'ouvre difficilement. L'inflammation se propage avec facilité par les ouvertures naturelles, et par contiguïté au cerveau et à ses enveloppes, au larynx, aux bronches, au pharynx, à l'œsophage. Alors se manifestent les symptômes de ces diverses inflammations. Cet érysipèle se termine souvent pas résolution, mais il n'est pas rare de le voir disparaître presque subitement pour être remplacé par une phlegmasie viscérale plus grave. Il se forme aussi très-souvent des abcès dans les angles des paupières, etc. Il est fâcheux, et malheureusement il est fréquent, que l'érysipèle de la face se propage jusque sur le cuir chevelu. Cet érysipèle est celui qui se porte le plus souvent de l'extérieur à l'intérieur, et gagne les méninges et le cerveau avec le plus de facilité. Nous aurons toujours présent le douloureux exemple de notre célèbre ami le professeur Béclard, mort victime de cette affreuse maladie.

L'érysipèle phlegmoneux peut être considéré comme un érysipèle plus intense que le précédent, et qui s'étend jusqu'au tissu cellulaire sous-jacent. Le phénomène qui établit la principale différence qui existe entre eux est la terminaison par suppuration, quoique cette espèce de phlegmasie puisse aussi se terminer par résolution.

Les symptômes locaux et généraux sont donc plus prononcés. Rougeur ou beaucoup plus vive, ou plus brunâtre, violacée, disparaissant et reparaissant promptement par la pression, ou conservant l'impression du doigt; chaleur brûlante; douleur lancinante, vive, pongitive; tumeur large, évidemment profonde et dure. Les phénomènes de réaction sont très-prononcés; la fièvre concomitante est d'une violence extrême : quelquefois au bout de cinq ou six jours, à la suite d'une évacuation alvine abondante, d'une sueur ou d'urines sédimenteuses, mais le plus souvent sans aucune de ces circonstances préalables, cet érysipèle diminue graduellement, et se termine par résolution. Dans les cas les plus ordinaires, la suppuration a lieu. La douleur devient pulsative, sa rougeur diminue principalement sur les bords, la tumenr s'élève en pointe; bientôt elle

se ramollit, on sent une fluctuation évidente, l'ouverture naturelle ou artificielle de ces foyers donne issue à un pus blanc, jaunâtre, épais, opaque, louable en un mot; d'autres fois il est mêlé de flocons de tissu cellulaire; quelquefois il fuse dans l'intervalle des muscles, les dénude, etc.

Dans quelques circonstances, lorsque la couleur de la peau est rouge, livide, lorsque la tension est extrême, il survient des vésicules remplies d'un liquide brunâtre, lesquelles se déchirent facilement, et laissent apercevoir dans leur fond la peau grisâtre, bleuâtre, en un mot gangrenée; c'est l'érysipèle *gangréneux*. Ces escharres se détachent, une suppuration de bonne nature s'établit, les plaies se cicatrisent; mais la terminaison de l'érysipèle phlegmoneux n'est pas toujours si heureuse, le malade succombe souvent.

Une autre espèce d'érysipèle qu'il est bon de signaler, c'est l'érysipèle œdémateux. Il en est de deux sortes. Dans la première, l'inflammation survient sur un membre précédemment œdématié. La peau devient rouge, violacée, luisante; cette couleur disparaît difficilement par la pression, et cette pression détermine un enfoncement qui ne s'efface qu'avec lenteur; la douleur et la chaleur sont moindres que dans les espèces précédentes. Cet érysipèle se montre ordinairement à la suite des maladies chroniques; ce n'est qu'un épiphénomène consécutif de peu d'importance.

Dans la seconde, l'érysipèle qui prend naissance sur un membre sain est d'un rouge pâle, jaunâtre, semi-transparent, offre une marche lente et peu intense. Il est *idiopathique*, tandis que le premier est *symptomatique*.

Un des caractères de l'érysipèle est de se porter avec la plus grande facilité d'un lieu dans un autre plus éloigné : c'est l'*erysipelas saltans*. Ordinairement il rampe de proche en proche, il se promène sur diverses régions ; c'est l'*erysipelas ambulans*, *reptans*, etc. Il est rare que cette phlegmasie naisse, se développe et se termine complètement dans le même lieu; lorsque ce cas arrive, on dit que l'érysipèle est fixe.

Une autre propriété non moins caractéristique que la précédente, c'est la tendance de cette éruption à revenir par intervalles, et pour ainsi dire d'une manière périodique.

Lorsque cet exanthème se manifeste vers le déclin d'une maladie aiguë, et que celle-ci paraît amendée par cette apparition, on dit que l'érysipèle est critique. Ces exemples sont rares; et lorsqu'un érysipèle survient dans le cours d'une maladie aiguë, c'est presque toujours une complication fâcheuse.

L'érysipèle se complique avec les phlegmasies des divers viscères encéphaliques, thoraciques et abdominaux; pour avoir une idée de ces complications, il suffit de réunir les signes de ces phlegmasies avec celle qui nous occupe.

Ainsi que nous l'avons annoncé, nous ne donnerons pas la description de l'érythème; nous le regardons comme l'érysipèle de l'espèce la plus simple, la plus légère. Cependant Bateman a cru devoir en traiter en particulier; et, chose singulière, Frank, tout en regrettant d'en parler à part, le classe parmi les maladies impétigineuses, sans doute parce qu'il revient souvent, et qu'il est pour ainsi dire habituel et tenace.

Scarlatine.

La scarlatine est un exanthème aigu, contagieux, qui se développe sous l'influence d'une cause spécifique, susceptible de s'inoculer. Cette éruption n'attaque en général qu'une seule fois le même individu.

Après un certain temps de l'application de la cause, sept jours, lorsque l'inoculation a eu lieu, l'éruption apparaît; mais le temps intermédiaire est rempli par des symptômes, communs à la vérité avec beaucoup de phlegmasies cutanées, mais importants à signaler.

Un malaise général, des frissons irréguliers, de l'abattement, de l'altération dans les traits de la face, des douleurs, des lassitudes spontanées, de la soif, de l'inappétence, des nausées, des vomissements, de la céphalalgie, de l'insomnie ou de la somnolence, des mouvements convulsifs, de la chaleur à la peau, de la fréquence dans le pouls, etc., constituent les phénomènes précurseurs de la scarlatine: il faut y joindre la rougeur des yeux, la douleur de la gorge et du cou, enfin beaucoup de symptômes de phlegmasies des membranes muqueuses.

Dès le second jour, quelquefois seulement vers le quatrième de l'appareil fébrile, se déclare l'éruption. Dans son plus grand état de simplicité, elle se manifeste sur la face et le cou, sous l'apparence de points rouges, innombrables, qui en peu de temps couvrent toute la surface du corps. En se réunissant, le second jour, ces points forment des taches d'une rouge très-vif, et dès le troisième elles donnent lieu à une éruption continue sur les membres, et surtout autour des doigts. Il est rare que l'éruption soit générale sur le torse; elle y conserve la forme de taches larges, étendues, irrégulières. La couleur rouge vif, animée, écarlate, est principalement prononcée dans le pli des articulations, vers les aines, les aisselles, les plis du bras, et aussi autour des lombes, etc. La peau est quelquefois rugueuse, comme chair de poule; mais cet état ne peut être confondu avec la saillie que forme l'éruption dans la rougeole. C'est vers le quatrième jour que l'éruption atteint son plus haut degré d'intensité; alors la face est tuméfiée, les yeux ne peuvent être ouverts; l'éruption pénètre dans la bouche, et peut s'étendre plus ou moins profondément; après quoi elle diminue graduellement et dans l'ordre de son apparition. Vers le septième jour elle est entièrement effacée, et remplacée vers le huitième ou neuvième par une espèce de desquammation furfuracée.

On a distingué plusieurs espèces de scarlatines. Bateman décrit une scarlatine *simple*, une scarlatine *angineuse* et une scarlatine *maligne*. J.-P. Frank admet les mêmes espèces, et de plus les variétés de complication avec les fièvres bilieuses, nerveuses, etc., et, relativement à l'éruption, il la divise en *lisse*, *pustuleuse*, *miliaire*. Les auteurs modernes décrivent une scarlatine adynamique, qui n'est que la scarlatine maligne.

La concomitance de l'angine et de la scarlatine étant pour ainsi dire constante, et l'un des caractères principaux de cette affection, nous ne saurions la passer sous silence. Cette espèce est plus grave que la précédente.

Les phénomènes précurseurs sont plus violents; les parties de l'arrière-bouche, le pharynx, l'œsophage, sont frappés d'inflammation; la déglutition est difficile, la strangulation paraît quelquefois imminente; un appareil fébrile proportionné se développe, croît et décroît avec l'éruption.

La douleur et le gonflement de la gorge peuvent être portés à un très-haut degré; les muscles du cou sont douloureux, et comme tendus et serrés

par une corde; une salivation abondante et quelquefois sanguinolente survient; la langue est d'un rouge vif, comme dépouillée et couverte d'aphthes; les glandes maxillaires, parotides, participent au gonflement; les parois du pharynx sont tapissées par des taches blanchâtres, parfois comme ulcérées, et enduites d'une espèce d'humeur puriforme.

L'inflammation peut se porter dans le larynx, rendre la respiration difficile, la suffocation menaçante, la voix rauque, produire l'aphonie, enfin tous les signes de l'angine trachéale.

Au bout de deux ou trois jours se montre l'éruption, qui présente à peu près les caractères que nous venons d'attribuer à la scarlatine simple. La peau prend une couleur vineuse, quelquefois elle revêt celle des cerises cuites; elle peut devenir livide. La tuméfaction est sensible et générale, et s'oppose à la flexion des articulations. La plupart du temps, la peau est unie et lisse; elle peut être rugueuse, et enfin véritablement pustuleuse, phlycténoïde : ces variétés sont rares. Ces boutons se réunissent, forment des plaques, et tombent, mais cette desquammation est lente.

Pendant le cours de la maladie, la peau est chaude, rouge; le malade y ressent des démangeaisons vives, une chaleur ardente, des picotements intolérables. Les phénomènes généraux de réaction sont souvent d'une violence extraordinaire. La maladie peut être accompagnée de la plupart des phlegmasies viscérales.

Vers le sixième, septième ou huitième jour, les accidents se calment, l'éruption diminue d'intensité et d'étendue; elle pâlit, se fane, pour ainsi dire, et se termine par l'apparition d'écailles furfuracées, dans l'ordre de son apparition. Les symptômes de l'angine, ainsi que les phénomènes généraux, suivent la même progression, quoique dans certains cas ils persistent encore pendant quelque temps.

La langue s'humecte, se couvre d'un enduit mou, blanchâtre, épais : il survient quelquefois une sueur abondante; l'urine dépose un sédiment blanchâtre; on peut observer aussi une léger dévoiment, etc.

L'exfoliation s'opère avec une démangeaison considérable; et lorsque la peau a été profondément affectée, l'épiderme se détache en lambeaux; les ongles peuvent se séparer des doigts, la langue même se dépouiller de son enveloppe; les croûtes du nez et de l'arrière-bouche tombent, et laissent à nu des ulcérations qui guérissent avec facilité.

Une faiblesse extrême, une vive sensibilité de la peau, la persistance des phénomènes généraux, qui indique le travail morbide de quelque organe, des infiltrations de sérosité, soit générales, soit dans les membres, les articulations, les cavités du péritoine, du péricarde, des plèvres, du cerveau, sont les accidents consécutifs les plus ordinaires et les plus redoutables de la scarlatine : plusieurs d'entre eux peuvent occasionner la mort.

Des symptômes graves peuvent accompagner cette éruption : c'est cette espèce de scarlatine que les auteurs ont désignée sous les noms de *maligne*, de *gangréneuse*, d'*adynamique*.

Les symptômes précurseurs de cette espèce de scarlatine sont à peu près les mêmes que les précédents, avec un degré de plus de violence. On a remarqué que l'abattement moral et la faiblesse physique étaient plus prononcés. Les signes de l'angine se déclarent; mais les parties de l'arrière-bouche, rouges et vermeilles le premier jour, ne tardent pas à devenir livides, bleuâtres, grisâtres, ardoisées, à présenter en un mot l'aspect de la gangrène, en même temps qu'elles en exhalent l'odeur fétide. La déglutition est difficile, impossible; le cou tuméfié, douloureux; la voix éteinte; les taches de la peau sont pâles, livides, noires, petites, irrégulières dans leur apparition et leur disparition.

La peau est froide, le pouls petit, misérable; la face altérée, décomposée; les yeux rouges, pesants, larmoyants; le délire s'empare du malade; l'agitation et le coma, les pertes de connaissance se succèdent d'un moment à l'autre; enfin tout le cortége des symptômes cérébraux se déclare; un liquide âcre et fétide s'écoule de la bouche, des narines, et corrode les parties voisines.

Avec ces symptômes on observe souvent une diarrhée abondante, des hémorrhagies par la bouche, les intestins, etc., qui terminent fréquemment les jours du malade. De véritables taches pourprées, de vraies ecchymoses se mêlent souvent à la première éruption.

La mort arrive, ou promptement dans les premiers jours de la maladie, ou vers la fin du deuxième et troisième septénaire; la gorge, l'œsophage, le larynx, la trachée-artère, souvent l'estomac et les intestins, sont couverts de plaques gangréneuses.

Un état chronique fâcheux peut succéder à l'état aigu. Il est occasionné par des ulcérations consécutives à la chute des escharres gangréneuses, et par la suppuration qu'elles exigent : les malades meurent épuisés, après avoir été consumés pendant plus ou moins longtemps par une véritable fièvre hectique, symptomatique. Lorsque le malade guérit, la convalescence est lente et pénible. Les accidents consécutifs des autres espèces sont encore plus redoutables dans celle-ci.

Rougeole.

La rougeole est un exanthème aigu, spécifique, qui se transmet par contagion, et n'atteint ordinairement les malades qu'une fois dans leur vie.

Après l'action de la cause, et avant l'apparition de l'éruption, on observe quelques phénomènes précurseurs qui ne sont pas sans gravité : lassitudes spontanées, douleurs des membres, insomnie ou somnolence, horripilations vagues, chaleurs fugaces; soif, inappétence, nausées, vomissements, dévoiement; yeux brillants, rouges, larmoyants; tuméfaction des paupières, éternument, écoulement par les narines d'un fluide clair et âcre; douleur à la gorge; toux qui, dans les premières années de la vie surtout, est rauque et analogue à celle du croup; délire, convulsions. Tous ces symptômes précurseurs ne se présentent pas en même temps ni sur le même sujet; il en est beaucoup, comme le dernier, qui ne se manifestent que rarement, et même dans bien de cas l'éruption se montre sans qu'on ait observé le moindre dérangement dans la santé des individus. D'autres fois on a vu des hémorrhagies par le nez, l'anus ou les parties génitales.

Vers le troisième ou cinquième jour, on voit paraître sur la face, au cou, une multitude de taches rouges, à peine saillantes vers le milieu, plus sensibles au toucher qu'à la vue, rondes, discrètes, quelquefois irrégulières, confluentes, se réunissant en plaques assez larges. Les taches rouges gagnent successivement le thorax, l'abdomen et les membres; l'éruption atteint son plus haut degré de développement au bout de deux ou trois jours; après quoi les rougeurs diminuent d'étendue et d'intensité, des écailles furfuracées les remplacent bientôt, et cela dans l'ordre de leur apparition.

Toutes les membranes muqueuses semblent participer à la maladie, de sorte que l'éruption qui a lieu à la peau *paraît occuper aussi ces membranes.* Ce n'est ici qu'une conjecture que je hasarde; cependant, si l'on fait attention à la circonstance des irritations pulmonaires, bronchiques, gastro-intestinales, etc., qui accompagnent et compliquent la rougeole, on aura de grandes probabilités pour croire que ces irritations ne sont pas étrangères à la nature de la maladie. On voit, pour ainsi dire, l'éruption pénétrer dans la bouche, les bronches, le pharynx, etc. Il n'est pas jusqu'aux parties génitales qui ne soient le siége de cette irritation concomitante. Il se fait souvent par ces organes des écoulements blennorrhoïdes.

Nous ne pouvons entrer ici dans aucun détail sur les phlegmasies des viscères intérieurs qui compliquent souvent la rougeole; il suffira de joindre la description de ces phlegmasies à celle de la rougeole pour en avoir le tableau complet : mais nous ne pouvons nous dispenser de parler des phénomènes généraux qui se montrent dans cet exanthème, et lui impriment d'importantes différences.

Une agitation considérable tourmente le malade, qui change à chaque instant de position; la peau est chaude, sèche dans le principe, humide et moite au moment de l'éruption; le pouls est dur, concentré, dans les premiers moments; bientôt fort développé, fréquent; une soif vive se fait sentir; les urines sont rouges, peu abondantes, etc.

Ces phénomènes généraux augmentent d'intensité non seulement jusqu'au moment de l'éruption, mais même au-delà; ils persistent aussi pour l'ordinaire après que celle-ci a disparu, ce qui doit nous confirmer dans l'opinion de l'existence de l'éruption intérieure. De plus, l'on a observé que les phlegmasies coexistantes étaient plus opiniâtres que les phlegmasies simples ordinaires.

On a distingué plusieurs variétés de rougeole. Willan a décrit une rougeole, *rubeolasine catarrho*, qui avait lieu sans inflammation des membranes muqueuses et sans fièvre symptomatique; enfin, sous le nom de *rubeola nigra*, il a fait connaître une variété de cette maladie dans laquelle, au septième ou huitième jour de l'éruption, les boutons deviennent tout-à-coup livides, brunâtres, avec un mélange de couleur jaune.

D'autres pathologistes ont distingué des espèces de rougeole aussi nombreuses que les diverses complications qui les accompagnent. Ils ont admis une rougeole simple, une rougeole gastrique, une rougeole nerveuse, inflammatoire, etc. Nous pensons que c'est surcharger les livres de détails superflus.

La rougeole se termine ordinairement par résolution, à moins qu'une phlegmasie concomitante n'emporte le malade. Mais si l'éruption est peu grave par elle-même, il n'en est pas de même de sa convalescence, où les accidents les plus variés peuvent atteindre le malade; les plus redoutables sont l'infiltration générale, les affections articulaires, les engorgements des glandes mésentériques et autres.

Il existe une multitude d'éruptions printanières qui affectent principalement les enfants, qui peuvent en imposer pour la rougeole; mais leur innocuité, leur peu de durée, ou au contraire leur persistance en quelque sorte chronique, l'absence de phénomènes de réaction, la connaissance d'une rougeole antécédente, et beaucoup d'autres circonstances, telles que l'absence d'une épidémie actuelle, etc., doivent faire reconnaître ces diverses éruptions.

La maladie avec laquelle la rougeole offre la plus grande ressemblance est bien certainement la scarlatine. Mais les plaques larges, d'un rouge vif, écarlate, ordinairement non saillantes de la scarlatine, doivent les faire distinguer.

Pétéchies.

Les pétéchies ne pouvant être considérées que comme un phénomène morbide symptomatique accompagnant les maladies typhoïdes, ne doivent pas figurer au nombre des exanthèmes. Nous en avons parlé au commencement de cet ouvrage.

L'éruption pourprée est aussi un phénomène symptomatique. Nous pensons qu'on a souvent confondu ces deux éruptions, et nous croyons qu'elles méritent d'être distinguées l'une de l'autre.

Les pétéchies sont bien véritablement une éruption; elles disparaissent sous la pression, pour reparaître immédiatement après. Les taches pourprées sont de véritables ecchymoses, de vraies hémorrhagies sous-épidermiques; elles ressemblent à des piqûres de puces dont le disque rose est effacé. Quelquefois elles acquièrent une certaine étendue; la peau sur laquelle elles se montrent est ordinairement d'un jaune verdâtre, blafarde. Lorsque le pourpre est chronique, qu'il survient dans le scorbut, il est susceptible de résolution; il n'en est pas de même dans les maladies aiguës, dans les affections typhiques, et dans les phlegmasies accompagnées d'un caractère particulier de gravité : dans ces cas, les malades courent les plus grands dangers.

Variole ou petite-vérole.

Ce n'est pas sans indignation que l'on voit des gens, dont le premier devoir est la bienfaisance et l'humanité, protéger de tout leur pouvoir la propagation de ce fléau. A voir l'acharnement avec lequel ils poursuivent le moyen préservatif, ne dirait-on pas que leur ministère est la destruction de l'espèce humaine? Ennemis implacables de toute amélioration, de tous progrès, de toute lumière, on les voit soutenir et répandre les préjugés, décourager les mères de famille encore chancelantes dans leur résolution, effrayer par des tableaux affreux leur cœur maternel, et mettre même en usage jusqu'aux menaces les plus terribles. Qu'ils sont loin de ressembler à ce vénérable pontife qui força ses sujets, par un décret, de recourir au bienfait de la vaccine, et déclara tout citoyen romain non vacciné inhabile aux emplois publics : honneur à Pie VII, honneur à ce véritable apôtre de l'humanité!

La variole est une maladie meurtrière, qui, d'après l'expression énergique de Franck, a causé et cause encore plus de maux que toutes les pestes ensemble. Cette éruption fatale est due à un principe spécifique, contagieux; elle n'attaque ordinairement qu'une fois dans la vie le même individu; on croit cependant avoir des exemples bien constatés d'une double contagion. Un très-petit nombre de personnes paraissent à l'abri de l'infection; mais on a pensé qu'elles avaient eu la variole dans le sein maternel, comme quelques faits semblent le prouver, ou qu'ayant eu seulement quelques boutons varioleux disséminés, on aura pensé qu'elles n'en avaient jamais été frappées.

Cette maladie est principalement caractérisée par des pustules élevées, de grandeur variable, mais n'excédant guère le volume d'un pois, lorsqu'elles

sont isolées; pouvant être confluentes, réunies en groupe, affectant alors une figure irrégulière, déprimées vers leur centre, remplies d'un liquide d'abord transparent, puis opaque et purulent; qui se dessèchent vers le quatorzième jour, et se détachent en laissant une cicatrice creuse, ordinairement durable.

D'après la quantité des boutons, on a établi deux espèces de variole : la variole discrète et la variole confluente.

La première s'annonce par un certain nombre de phénomènes précurseurs absolument semblables à ceux qui devancent les autres phlegmasies cutanées, et que par cette raison nous ne répéterons pas.

Vers le troisième ou quatrième jour on voit poindre sur les lèvres, sur le menton, sur les joues, enfin sur toute la face, une multitude de petites élévations rouges, dures, lesquelles sont bientôt surmontées d'une petite vésicule contenant un liquide transparent, roussâtre. Ces boutons se propagent avec rapidité à la poitrine, aux membres, au ventre, etc.; en vingt-quatre heures ils couvrent ordinairement toute la surface du corps. La face se tuméfie ainsi que les mains; les yeux ont de la peine à s'ouvrir, et seront bientôt complètement fermés; les articulations des doigts ne peuvent plus se fléchir. Les pustules sont isolées les unes des autres, entourées à leur base d'une aréole rouge; le lendemain de leur apparition, le liquide devient blanc et opaque, leur sommet s'aplatit. C'est ordinairement sur le visage que se manifestent d'abord les changements qui doivent gagner un peu plus tard le reste du corps. L'éruption est générale et complète vers le deuxième jour; alors l'appareil fébrile qui accompagne cette éruption cesse ou diminue sensiblement.

La base des pustules s'élargit, rougit, et devient le siége d'une douleur pongitive. Vers le troisième jour de l'éruption, le gonflement général est plus marqué; il est surtout sensible à la face et aux mains. Les pustules augmentent de volume, le liquide qu'elles renferment prend tout-à-fait l'aspect purulent. Les quatrième, cinquième et sixième jours, les changements sont peu prononcés; mais à cette époque, c'est-à-dire vers le neuvième, dixième ou onzième jours, à dater de l'invasion, le cercle rouge de la base commence à perdre de sa vivacité; les pustules s'affaissent, un point brunâtre apparaît vers leur centre, principalement au visage : c'est l'annonce de la dessiccation. Les pustules s'ouvrent quelquefois, et laissent suinter l'ichor qu'elles contiennent, lequel se sèche et forme une croûte jaunâtre. Au bout de quelques jours, quelques pustules ou fragments de croûte se détachent, et laissent apercevoir la peau rouge et souvent déprimée. La dessiccation s'opère sur le tronc et sur les membres quelques jours plus tard, et à peu près de la même manière; les pustules se rompent moins souvent. C'est ordinairement du quinzième au vingt-unième que se termine cette variété simple de la petite vérole; mais telle n'est pas toujours la marche de cette maladie.

Lorsque la suppuration se manifeste, il survient ordinairement un mouvement fébrile, qu'on a nommé fièvre de suppuration, et qui persiste jusqu'à la chute des boutons, et quelquefois même au-delà. C'est vers cette époque que l'air qui entoure le malade est imprégné d'une odeur spécifique repoussante, facile à reconnaître, et qui décèle la présence d'un corps particulier vraisemblablement doué de la funeste propriété de transmettre l'affection; mais il est nécessaire pour cela qu'il existe un certain nombre de pustules.

Dans la seconde espèce, dans la variole confluente les accidents sont bien autrement graves. Les phénomènes présurseurs sont bien plus violents, bien plus intenses; ils ont ordinairement une durée moins longue; l'éruption apparaît quelquefois dès le deuxième jour.

Une multitude innombrable de boutons plus petits, moins élevés, rapprochés les uns des autres, se manifestent; ils sont bientôt surmontés d'une vésicule qui, à peine apparente, se réunit aux vésicules voisines, et prend un aspect irrégulier. Alors, réunies entre elles, elles forment de larges phlyctènes aplaties, qui couvrent une partie de la face, et quelquefois même sa totalité, de manière à lui former une espèce de masque. L'aréole rouge est moins large que dans l'espèce précédente, et cela s'explique facilement, puisque l'espace nécessaire marque, et qu'il est occupé par les pustules. La tuméfaction du visage est telle, qu'on ne distingue plus ni saillies ni enfoncements. La suppuration des boutons a lieu dès les premiers jours, et elle dure fort long-temps.

L'éruption variolique ne se borne pas à la peau : on la voit pénétrer dans l'intérieur de la bouche, sur la langue, dans le gosier, sous forme de petites vésicules blanches, aplaties. Quelques auteurs ont avancé que l'éruption ne se bornait pas là, et qu'elle pénétrait dans tout le canal alimentaire; d'autres, parmi lesquels il faut mettre Frank, ont douté de cette assertion; mais cet auteur a eu la sagesse de s'abstenir de prononcer sur cette question, parce qu'il n'avait pas de faits à l'appui de son opinion. Quelques modernes moins réservés ont nié complètement cette propagation. Je puis affirmer qu'elle existe. J'ai vu un canal alimentaire garni des mêmes pustules que celles de la bouche, depuis l'œsophage jusqu'au rectum. L'individu était mort dans la période de suppuration d'une variole confluente.

Les phénomènes généraux revêtent un caractère alarmant d'intensité, mais c'est surtout du onzième au quinzième jour que ces phénomènes concomitants sont portés au plus haut degré. Nous ne les décrivons pas, parce qu'ils sont communs à toutes les maladies aiguës violentes, et ne peuvent par conséquent pas servir au diagnostic. Cette maladie se termine souvent par la mort. Lorsqu'elle se termine par la guérison, ce n'est que fort tard que la dessiccation a lieu; ce n'est quelquefois qu'au vingtième jour, au vingt-cinquième, et plus tard encore. La chute des croûtes laisse à découvert des ulcères profonds plus ou moins rebelles.

Des pustules peuvent s'être développées sur les cornées; alors une taie souvent incurable leur succède. Enfin cette affreuse maladie peut laisser après elle les traces les plus funestes et les plus irréparables.

Parmi les espèces de varioles tirées du caractère de la fièvre concomitante décrites par les auteurs, il est aisé de reconnaître les complications de cette éruption avec les phlegmasies des divers organes. Il est évident que la petite-vérole nerveuse n'est autre que la complication de cette maladie avec la méningite ou l'encéphalite. Un médecin très-distingué de notre époque n'admet cependant pas cette complication : mais lorsqu'il existe des lipothymies, des soubresauts de tendons, de la carphologie; des convulsions, du délire, du coma, de l'agitation, de l'insomnie; lorsque l'éruption est noire, qu'il existe des point gangréneux, que les déjections sont involontaires, nous croyons qu'il est difficile de reje-

ter cette complication. La coexistence de la gastrite est encore plus évidente dans la variole bilieuse; la douleur épigastrique, sensible à la pression, les nausées, les vomissements, la soif, etc., tout décèle la présence de l'inflammation de l'estomac. La variole inflammatoire n'est que la complication de cette éruption avec un état pléthorique général, ou avec quelque phlegmasie parenchymateuse, etc. Nous devons donc renvoyer, pour les détails graphiques, à la description des différentes maladies qui la compliquent.

Mais on fait aussi des espèces d'après la forme ou la nature de l'éruption; et, bien que nous n'ajoutions pas une grande importance à ces objets scolastiques, nous ne pouvons cependant les omettre sans encourir quelques reproches.

Nous passerons sous silence la *discrète maligne* de Sydenham, ainsi que celle qu'il appelle *dyssentérique*, parce qu'elles rentrent dans les espèces compliquées dont nous venons de parler; mais nous signalerons la variole cristalline discrète, dont les boutons, de la grosseur d'un pois au moment de la suppuration, sont remplis d'une sérosité transparente; la verruqueuse, dans laquelle les pustules sont racornies, dures, âpres, rugueuses au toucher, semblables à des verrues; elles ne tombent ordinairement que très-tard, en général au bout d'un mois; la siliqueuse, dont les vésicules sont ordinairement molles, vides, ou remplies d'une humeur blanchâtre et ichoreuse; la petite-vérole miliaire, vésiculaire, pourprée, qui consiste en petites pustules miliaires, rares, remplies d'une sérosité très-limpide, qui rendent la peau raboteuse, rude au toucher.

La variole confluente présente aussi quelques variétés : la confluente régulière de Sydenham; la confluente crystalline d'Helvétius; la petite-vérole cohérente, la noire, scorbutique, et la petite-vérole à placards du même auteur; distinctions peu importantes, et dont quelques-unes peuvent être rapportées à des espèces décrites, telles, par exemple, que la scorbutique, qui ne paraît être que la variole maligne, etc.

Ce serait sans doute ici le lieu de décrire l'inoculation; mais ce moyen préservatif étant généralement abandonné, et remplacé par la vaccine, nous nous abstiendrons d'en parler.

Vaccine.

Fatigués par les tableaux continuels de nos infirmités, nos regards s'arrêtent avec complaisance sur l'un des plus grands services rendus à l'espèce humaine. La vaccine est une des plus belles découvertes des siècles modernes. Nous n'entrerons pas ici dans les discussions qui se sont élevées relativement au véritable auteur d'une invention si utile; quel qu'il soit, quelque pays qui l'ait vu naître, il a droit à notre éternelle reconnaissance. Jenner doit être considéré comme le véritable inventeur de la vaccine, puisque sans lui l'humanité ne jouirait pas de ses bienfaits.

Chargé des vaccinations des enfants d'un quartier populeux (Saint-Marcel), en qualité de médecin des indigents du douzième arrondissement, j'ai eu de nombreuses occasions d'observer la vaccine dans toutes ses formes, et je me suis convaincu que l'on pouvait ici, comme dans tous les sujets sur lesquels on fixe spécialement son attention, écrire des volumes sur les variétés innombrables de cette éruption : mais l'amour de ces détails surabondants n'est que le partage des petits esprits; l'homme qui cultive la science avec quelque philosophie ne doit tenir compte que des différences qui peuvent offrir quelque utilité. Sous ce rapport, la distinction la plus importante est celle de la vaccine en préservatrice et non préservatrice, en *vraie* ou en *fausse*, comme on le dit dans le langage de l'école, épithète au moins ridicule, parce qu'une vaccine, une pneumonie, etc., ne peuvent pas être *fausses;* elles sont ou ne sont pas, et voilà tout. Lorsqu'une maladie en simule une autre, il faut chercher à la distinguer, lui appliquer un autre nom, et ne pas lui donner l'épithète de fausse, parce que cette épithète ne peut rien signifier.

La vaccine régulière, normale, préservatrice, se présente avec les caractères suivants : immédiatement après l'insertion du virus vaccin, il survient une rougeur irrégulière de quelques lignes d'étendue, telle que serait celle que produit un frottement un peu fort; en même temps la partie se tuméfie légèrement. Ces phénomènes sont instantanés; ils disparaissent après quelques minutes. Pendant trois jours on n'aperçoit que les traces d'une piqûre légère, sans la moindre apparence d'inflammation; mais, à la fin du troisième jour, quelquefois seulement au quatrième, on reconnaît une petite éminence rouge, de la grosseur d'une pointe d'épingle, et qui occupe précisément le lieu de la piqûre. Petit à petit ce bouton se développe, devient sensible à la vue et au toucher; son sommet est pointu, et vers le cinquième jour il prend de la transparence; le sixième jour on peut apercevoir assez faiblement un liquide séreux, diaphane, légèrement jaunâtre; le septième et le huitième jour, ce bouton s'élargit, s'aplatit légèrement à son sommet, s'entoure d'une aréole rouge de quelques lignes de diamètre, enfin revêt toute l'apparence d'une pustule. Dès lors on peut faire usage du fluide qu'il renferme pour inoculer la vaccine. Ce fluide paraît contenu dans de petites aréoles réunies. Le neuvième jour, le liquide commence à se troubler légèrement; l'aréole s'élargit encore. Le dixième et le onzième jour, le liquide se trouble tout-à-fait, se convertit en pus, et n'est plus propre à transmettre une vaccine régulière. L'aréole diminue déjà vers le douzième jour, en même temps que le centre de la pustule brunit et commence à se dessécher. Cette dessication dure jusqu'au vingtième jour; enfin, du vingt-cinquième au trentième, les croûtes se détachent, et laissent à leur place une cicatrice analogue à celle des pustules varioliques, mais plus large. Telle est la marche de la vaccine régulière.

Il est cependant quelques vaccines irrégulières qui peuvent préserver de la variole. C'est ainsi que j'ai vu les boutons n'apparaître que le dix-huitième jour, et cependant produire une bonne vaccine.

Pour peu qu'on ait observé ou, ce qui vaut mieux, pratiqué la vaccine, il est très-facile de reconnaître l'espèce préservatrice de celle qui ne l'est point. Dans celle-ci les boutons naissent quelquefois dès le second jour, atteignent promptement tout leur développement, croissent, se dessèchent, et tombent avant le neuvième jour.

Willan, cité par Bateman, a décrit plusieurs variétés de vaccine irrégulière : les boutons présentent une forme différente, ils manquent souvent d'aréole, ou bien sont entourés d'une aréole écarlate; dans quelques cas, il ne se manifeste qu'une ulcération au lieu de pustules, etc.; on devra toujours se défier d'une vaccine qui ne présentera pas les caractères que nous venons d'attribuer à l'espèce préservatrice.

Un exanthème aigu, naissant des maladies chroniques de la peau; les affections herpétiques, les

teignes, les croûtes laiteuses, etc., peuvent entraver, suspendre, empêcher le développement de la vaccine, et détruire son effet préservateur; un virus vaccin trop vieux ou mal conservé, des instruments rouillés, enfin une multitude de circonstances peuvent exercer une influence neutralisante, et même produire divers accidents.

Varioloïde.

Il y a trois ou quatre ans, il régna dans Paris une éruption tellement semblable à la variole, que les médecins les plus expérimentés la prirent pour cette dernière affection, et qu'on alla même jusqu'à dire que la variole pouvait attaquer plusieurs fois la même personne, et se manifester chez les individus qui avaient été vaccinés. L'éruption dont nous parlons attaquait, en effet, également les personnes vaccinées et celles qui avaient eu la petite-vérole. De là de fâcheuses accusations contre la vaccine et une multitude de discussions scandaleuses, et surtout fâcheuses pour l'humanité. L'année dernière la même affection, ou du moins une affection fort analogue, régna à Marseille et y fit de nombreuses victimes. Un médecin de cette ville, M. Robert, en a tracé le tableau, et s'est attaché à faire ressortir les différences qui la séparent de la véritable variole. Nous renvoyons le lecteur à ce qu'on trouve à ce sujet dans le journal hebdomadaire, n^{os} du 7 et du 14 mars 1829. Ce médecin s'applique principalement à prouver l'identité du virus variolique et du virus vaccin; mais une grande différence qui les sépare, c'est que le premier produit constamment (les cas où cela n'a pas lieu ne nous paraissent pas suffisamment authentiques) une éruption générale, tandis que cela n'arrive jamais pour le second. Au reste, M. Guillou, médecin à Saint-Pol-de-Léon, avait déjà avancé la même proposition.

D'après les médecins qui ont écrit sur la varioloïde, les caractères qui la font différer spécialement de la variole, sont les suivants : le prodrôme de la varioloïde est généralement plus court que celui de la variole; l'espace qui s'écoule depuis l'invasion jusqu'à l'éruption est moins long. Dès le deuxième jour, on peut voir déjà des plaques rouges disséminées sur la face et puis sur toute la surface du corps. Le développement des pustules est d'ailleurs semblable à celui des pustules varioliques; elles mettent le même temps à se développer, et présentent à peu près le même aspect; elles s'élèvent en point d'abord, s'affaissent ensuite vers leur sommet; le liquide qu'elles contiennent est opalin dans les premiers jours, devient bientôt puriforme, etc.; aussi dans cette première moitié de la maladie convient-on généralement qu'il est très-difficile de distinguer ces deux affections; mais pour la seconde moitié, les phénomènes diffèrent essentiellement. La dessiccation des boutons de la varioloïde se fait rapidement. Les croûtes apparaissent et tombent en peu de jours. C'est principalement dans la rapidité de la marche de cette période décroissante que gît la différence symptomatique de ces deux éruptions.

La varioloïde peut être discrète ou confluante comme la variole; elle peut, comme elle, laisser des cicatrices sur la peau, et comme elle, elle peut occasionner la mort. On s'accorde cependant à la regarder comme moins funeste que la variole.

Cette éruption attaque, ainsi que nous l'avons dit, les personnes vaccinées et celles qui ont eu la petite vérole; mais on a remarqué qu'elle était plus bénigne sur ces individus; d'où l'on a conclu avec raison que ces circonstances en modifiaient la nature.

La description que MM. Cazenave et Schedel ont donnée de la variole modifiée nous paraît appartenir à la varicelle.

Petite-vérole volante, varicelle, vérolette, vérette.

Il n'est pas certain que cette maladie légère se développe sous l'influence d'un principe contagieux : cependant elle paraît n'affecter qu'une fois le même individu pendant le cours de sa vie.

C'est principalement sous le rappport de sa ressemblance avec la variole que nous en parlons ici. Cette ressemblance a quelquefois fait croire que la même personne avait eu deux fois la petite-vérole.

Les phénomènes précurseurs sont nuls ou très-légers, et les phénomènes de réaction sont à peine prononcés. L'éruption est ordinairement disséminée, rare; les pustules sont éparses sur toute la surface du corps. Elles atteignent très-promptement, dès le deuxième jour, leur plus haut degré de développement, elles se dessèchent et tombent trois ou quatre jours après leur apparition; les traces qu'elles laissent sont légères et fugaces; j'ai cependant vu chez une jeune dame des vestiges de varicelle qui ressemblaient beaucoup à ceux de la variole. La vaccine, que je lui pratiquai, ôta tous les doutes, en se développant de la manière la plus régulière. Le fluide contenu dans les pustules de la varicelle n'acquiert jamais la consistance ni l'opacité du pus. Tels sont les caractères que Cullen attribue à cette éruption innocente.

Zona, zoster, etc.

Le zona est une éruption qui m'a toujours étonné par sa singularité. Il est en effet bien extraordinaire, et en quelque sorte merveilleux, qu'une éruption n'occupe précisément que la moitié de la ceinture; à quoi peut tenir une semblable disposition?

J.-P. Frank prétend que cette maladie est assez rare, et qu'il ne l'a observée que quatre fois. Elle est très commune à l'hospice de la Salpêtrière, où nous avons de fréquentes occasions de voir les maladies de la peau sous toutes leurs formes.

Les caractères locaux du zona sont : un sentiment d'ardeur, de démangeaison, de douleur vive, de chaleur âcre et brûlante dans la partie que menace l'éruption; bientôt une rougeur légère surmontée d'une multitude de petites vésicules pointues, transparentes, d'abord discrètes, puis confluentes. Le zona commence tantôt vers la partie voisine de la colonne vertébrale, et se propage de proche en proche jusque vers la région moyenne antérieure du tronc; tantôt il suit une marche inverse; enfin il peut commencer par le flanc. Dans tous ces cas, il se développe de manière que, dans la partie qui a d'abord été le siége de l'éruption, elle est presque terminée, tandis que dans la dernière atteinte elle est encore à ses premiers rudiments. Les vésicules, d'abord discrètes, transparentes, deviennent confluentes, bleuâtres, noirâtres ou flavescentes, opaques; elles s'affaissent vers le milieu; elles paraissent sous formes irrégulières, en grappes, etc.; leur base est entourée d'un cercle rougeâtre qui s'étend assez loin; au bout de quelques jours les boutons se dessèchent, forment des croûtes, et tombent; mais ordinairement la douleur vive persiste avec beaucoup d'opiniâtreté.

Quoique le siége le plus ordinaire du zona soit l'une des deux moitiés du tronc, je l'ai cependant observé à la face, au cou, sur les extrémités supérieures et inférieures. Je l'ai vu naître à la partie supé-

rieure du sternum, gagner l'épaule, et parvenir, par la partie antérieure du bras, jusqu'à l'extrémité des doigts, où il expirait; d'autres fois revenir par la partie postérieure de l'extrémité thoracique, et se terminer à la partie moyenne du dos, etc. Cette éruption est très-facile à reconnaître; elle n'est nullement contagieuse, non plus que les phlegmasies aiguës dont nous allons parler.

Miliaire, millet, millot, suette, pourpre blanc, etc.

Malgré les écrits d'un grand nombre d'auteurs, ou peut-être même à cause de ces écrits, on est loin d'être d'accord sur le sujet qui nous occupe. La miliaire est-elle un exanthème, une phlegmasie idiopathique de la peau, ou bien n'est-elle qu'un symptôme comme les pétéchies dans le typhus? Cette éruption peut-elle survenir dans une multitude de maladies, ou n'est-elle que le symptôme d'une maladie spéciale? A-t-on toujours décrit la même éruption sous le nom de miliaire?

De Haën, Cullen, et Bosquillon qui partage leur avis, regardent l'éruption dont nous parlons comme un simple phénomène symptomatique. Les médecins de nos jours ayant eu occasion de voir des éruptions de cette forme dans presque toutes les maladies, ont adopté l'opinion qu'elles n'étaient que symptomatiques et qu'elles méritaient peu d'importance. Nous pensons que ce qui donne lieu à la diversité de sentiments à ce sujet, c'est que la maladie peut être idiopathique, c'est-à-dire une phlegmasie particulière de la peau, dont l'éruption est le phénomène principal, et plus souvent un exanthème accidentel qui se montre dans beaucoup de maladies. Nous pensons aussi que les auteurs sont loin d'avoir décrit sous le nom de miliaire la même affection, ce qui jette encore beaucoup d'obscurité sur son histoire.

Bateman pense que cette éruption n'est point analogue à la rougeole, à la variole, etc., mais qu'elle n'est que symptomatique. M. Chomel déclare positivement qu'il n'existe pas de maladie qui doive porter le nom de fièvre miliaire : quoi qu'il en soit, voici quels sont les caractères de cette éruption.

Dans le principe on observe des vésicules très-petites, transparentes, remplies d'une sérosité limpide, diaphane, quelquefois rouges comme leur base enflammée. J'en ai vu dont la base n'était nullement colorée, les boutons ressemblaient parfaitement à de petites gouttelettes de sueur : c'est le *sudamina* des auteurs. En peu de temps elles acquièrent une opacité laiteuse, opaline; ces vésicules sont arrondies, de la grosseur d'un grain de millet; l'éruption est plus prononcée au cou, à la poitrine et au dos, que partout ailleurs. Elle est précédée de phénomènes fébriles, d'un grand abattement, d'une sueur aigrelette très-abondante, et accompagnée d'une démangeaison assez vive.

La marche de la miliaire est irrégulière, elle peut paraître et disparaître plusieurs fois; sa durée est variable : elle peut durer depuis sept jusqu'à dix jours. Des aphthes se développent quelquefois sur la langue et dans l'arrière-bouche. Elle se termine par une espèce de dessiccation et d'efflorescence.

Cette maladie, au rapport de Willan, a presque entièrement disparu depuis que les méthodes excitantes ne sont plus en usage. Sydenham professa cette opinion, qui fut adoptée par de Haën, Wite de Manchester, et d'autres médecins que nous avons cités; mais cette assertion est loin d'être confirmée par les faits. Les plus récents, et qui doivent avoir d'autant plus de poids qu'ils ont été recueillis par M. Rayer, militent contre cette manière de voir. Tous les malades de ce médecin avaient été traités par les antiphlogistiques, et cependant la miliaire ne s'est pas moins manifesteé. Au reste, cette espèce d'épiphénomène est si peu grave qu'il mérite à peine de fixer notre attention.

Urticaire.

L'urticaire est une des éruptions les plus légères qui affectent l'espèce humaine, et l'une des plus aiguës. Elle ne dure souvent que quelques heures, et rarement dépasse-t-elle le troisième jour. Elle peut donner lieu cependant à des phénomènes de réaction assez prononcés. Le peu d'importance de cette éruption n'a pas empêché Bateman d'en admettre six espèces d'après Willan : « Febrilis, evanida, perstans, conferta, subcutanea, tuberosa. » J.-P. Frank en reconnaît trois : La *maculeuse*, la *vésiculaire*, la *tuberculeuse*; il y comprend l'*essère* des auteurs.

Dans son plus grand état de simplicité, j'ai vu les papules de l'éruption ortiée, c'est-à-dire le développement de tumeurs semblables à celles que font naître les piqûres d'orties, dures, blanches, jaunâtres, de la largeur de l'ongle, plus ou moins saillantes, irrégulières, entourées à leur base d'une bande rosée, s'effectuer instantanément, en plongeant les bras dans de l'eau froide, et disparaître peu de temps après que ces parties avaient été essuyées, et qu'elles avaient repris leur température naturelle. Il n'y avait alors aucun symptôme général, et même la démangeaison était à peine prononcée; mais l'urticaire est rarement aussi aiguë.

Au bout de quelques jours d'un état fébrile, après quelques phénomènes précurseurs, l'éruption que nous venons de décrire se manifeste; elle est accompagnée d'une démangeaison, d'un prurit insupportable. Un des phénomènes les plus singuliers de cette maladie, c'est qu'elle augmente avec le froid et diminue avec la chaleur : « Illud enim singulare habent, quod in frigido magis emergant, et in callido evanescant. » Vogel, etc.

Cette éruption couvre toute la surface du corps, mais d'une manière irrégulière. Elle est excitée par le frottement; dans le jour elle est moins active que le soir, où il existe un léger paroxysme. Les symptômes fébriles, la chaleur, la démangeaison et l'insomnie peuvent durer environ huit jours; quelquefois on aperçoit une légère desquammation.

Des différences dans la durée, dans la fréquence des récidives, dans le nombre des boutons, dans leur saillie plus ou moins prononcée, leur volume plus ou moins fort, etc., ont seules servi de bases à la distinction des espèces; nous ne les jugeons pas assez importantes pour les exposer ici.

Pemphigus.

Cullen, Franck, Willan et Bateman s'accordent pour rayer le pemphigus du nombre des éruptions idiopathiques accompagnées d'un appareil fébrile; le dernier rapporte cette maladie au genre pompholix, dont il admet trois espèces, d'après son maître et son ami Willan, sous le nom de « pompholix benignus, diutinus, solitarius. »

Le premier est caractérisé par l'apparition successive de bulles transparentes, de la grosseur d'un

pois, ou quelquefois d'une noisette, contenant un liquide séreux, limpide, jaunâtre, semblables à de véritables ampoules, sans aucune inflammation ambiante, qui se rompent au bout de trois ou quatre jours, laissent échapper la sérosité qu'elles contiennent, et guérissent bientôt. La face, le cou et les membres en sont particulièrement le siége.

Je puis affirmer ici que j'ai vu cet été plusieurs cas de pemphigus, c'est-à-dire de bulles, dont la base était enflammée, élevée et dure; elle était entourée d'une véritable aréole. Ces vésicules ressemblaient assez bien à la piqûre de certains insectes. Elles étaient rares et disséminées; lorsque la vésicule était rompue, la partie sous-jacente restait encore tuméfiée pendant quelques jours; c'est bien là le pemphigus décrit par Sauvages, et révoqué en doute par Cullen. Le pompholix diutinus paraît s'en rapprocher beaucoup, mais est en même temps bien plus grave.

Nous terminerons ici le diagnostic des maladies aiguës de la peau. Nous avons donné les caractères distinctifs des plus importantes d'entre elles; celles qui nous resteraient à décrire, ou sont très-rares, ou si légères qu'elles ne doivent pas entrer dans un ouvrage élémentaire. Nous renvoyons le lecteur aux ouvrages écrits *ex professo* sur cette matière, et aux leçons de notre savant collègue le docteur Biett.

Nous parlerons bientôt des phlegmasies qui s'étendent jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

§ II. Phlegmasies chroniques de la peau.

Ainsi que nous venons de le faire pour les phlegmasies aiguës de la peau, nous allons nous borner à tracer les signes caractéristiques des principales maladies chroniques. Celles qui réclament plus fréquemment nos soins dans la pratique sont les dartres, les teignes, la gale, le prurigo, etc.

Nous passerons sous silence les taches, les éphélides, la plique, l'ichthyose, la lèpre, etc., maladies plus curieuses que vraiment utiles à connaître, puisqu'elles sont ou au-dessus de nos moyens, ou très-rares, ou même incertaines.

Gale.

La gale est une éruption éminemment contagieuse; elle apparaît le plus ordinairement sous forme de petites vésicules légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau, transparentes, contenant un liquide séreux, visqueux, jaunâtre, déterminant un prurit très-vif, et se montrant surtout dans le pli des articulations.

Après un temps d'incubation plus ou moins long, et qui varie suivant les âges, les sexes, les constitutions, les saisons, etc, depuis cinq ou six jours jusqu'à plusieurs semaines, il se manifeste sur le point qui a été soumis à la contagion, une rougeur faible, de la chaleur, de la démangeaison. En regardant avec attention, on aperçoit de légères saillies, surmontées de petites vésicules transparentes. Le prurit augmente par toutes les causes qui excitent la circulation, et principalement par la chaleur du lit. Les boutons ou plutôt leur base est rosée, et d'autres fois sans changement de couleur à la peau. Peu à peu l'éruption gagne les parties voisines, les boutons sont plus prononcés, plus volumineux; on reconnaît distinctement la petite vésicule qui les surmonte. Ils se propagent, s'étendent, se rapprochent au point que la partie de la peau qui les sépare participe à l'inflammation. Le prurit augmente et devient insupportable; les malades ne peuvent résister au désir de se gratter, ils déchirent avec leurs ongles les vésicules dont le fluide s'échappe, se dessèche et forme des croûtes légères et peu adhérentes. Cette éruption occupe surtout l'intervalle des doigts, le pli du poignet, et généralement toutes les parties du corps où la peau est fine et délicate, et plus particulièrement le pli des articulations; il n'est pas rare de la voir envahir toute la surface du corps lorsqu'elle n'est soumise à aucun traitement. Les boutons peuvent quelquefois acquérir le volume et le caractère de pustules, chez quelques individus où les systèmes circulatoire et respiratoire prédominent.

Cet maladie marche avec d'autant plus d'énergie et de rapidité que les sujets qu'elle affecte sont plus forts, plus jeunes, mieux constitués; elle parcourt ses périodes avec d'autant plus de lenteur qu'ils sont plus vieux et plus débiles. On observe des différences analogues pour les climats et les saisons.

On a beaucoup exagéré les accidents occasionnés par la gale. Il paraît à peu près prouvé que les altérations d'organes concomitantes que l'on a décrites comme produites par elle, étaient en général antécédentes ou purement accidentelles.

On a regardé la gale comme produite par un insecte particulier auquel on a donné le nom d'*acarus scabiei*. Un grand nombre d'auteurs du plus grand mérite affirment l'avoir vu, et quelques-uns l'ont décrit avec exactitude. Ingrassias et Joubert en avaient soupçonné l'existence; Moufet en parla d'une manière plus positive; Morgagni affirma l'avoir vu; François Redi, Linnée, de Geer, Fabricius, Latreille, cherchèrent à en fixer les caractères; M. Galès assure l'avoir trouvé toutes les fois qu'il l'a cherché. Dernièrement M. le professeur Duméril, dans une lettre publiée dans la Clinique des hôpitaux, atteste *l'avoir vu*, il y a plus de trente ans, et l'avoir vu même à l'œil nu; ce savant professeur donne à entendre que ceux qui ne l'ont pas vu ne savent pas se server d'une loupe. Cependant les recherches de M. Alibert, et principalement celles de M. Biett, suivies avec la plus grande persévérance, faites avec les précautions les plus attentives, n'ont jamais pu faire reconnaître cet insecte.

J.-P. Frank, rejetant avec raison toutes les distinctions minutieuses, n'admet qu'une espèce de gale, et il est suivi en cela par M. Biett. Cette manière de procéder nous paraît bien plus philosophique que celles des auteurs qui cherchent à multiplier les distinctions minutieuses.

La gale est en général facile à reconnaître, mais il est pourtant un assez grand nombre d'éruptions avec lesquelles on peut la confondre.

Les principales maladies qui peuvent être prises pour la gale sont le « lichen simplex et urticatus, le prurigo, l'eczema rubrum et impetiginodes, et l'ecthyma. » Nous nous serions abstenu de parler de ces éruptions sans cette circonstance, qui nous détermine à en donner les principaux caractères.

Prurigo.

Le *prurigo* est une éruption non contagieuse, très-commune chez les vieillards, et que nous avons de fréquentes occasions d'observer à la Salpêtrière. Elle diffère de la gale par deux caractères principaux, sa non-contagion et son siége, qui, comme nous le dirons, occupe les membres et le tronc, et non l'intervalle des doigts et les plis des articulations. Les boutons du *prurigo* ont d'ailleurs la plus grande

analogie avec ceux de la gale. Cependant Willan, et après lui Bateman, le range dans son ordre 1er des papules, tandis qu'il place la gale dans son ordre V des pustules; il en admet trois espèces, qu'il appelle *mitis*, *formicans*, *senilis*.

Le prurigo consiste donc dans de petits boutons, pleins, durs, légèrement saillants, qu'on aperçoit difficilement dans les premiers jours de l'invasion, parce qu'ils conservent la couleur de la peau, mais qu'on ne tarde pas à voir distinctement, parce que le prurit qu'ils occasionnent force le malade à se gratter avec force. Alors il déchire avec ses ongles la sommité du bouton, qui se recouvre d'un petit caillot de sang desséché. La poitrine, le cou, les épaules, le dos, sont les lieux que cette éruption occupe de préférence; mais bientôt elle se propage et gagne les membres, et principalement les membres thorachiques. Les plis des articulations et l'intervalle des doigts sont ordinairement épargnés par cette éruption.

La sensation produite par le prurigo est pénible et désagréable; elle ressemble au fourmillement que certains insectes produisent en rampant sur la peau.

Lichen.

La principale différence qui existe entre le lichen et la gale, c'est que le premier consiste en des boutons pleins, durs, avec ou sans changement de couleur à la peau, tandis que l'autre se manifeste sous forme de petites vésicules entourées d'une aréole rosée. Le lichen n'est point contagieux, et il occupe le trajet des membres, le dos de la main, la face, etc., et non les plis des articulations. Ces caractères suffiraient déjà pour le faire reconnaître; la description suivante en marquera mieux encore la différence.

Le lichen simple est une éruption de boutons rouges, naissant d'abord sur la face ou sur les bras, et s'étendant, en trois ou quatre jours, sur le tronc et les membres pelviens; elle est accompagnée d'un fourmillement incommode, et non de prurit. Elle peut rester stationnaire pendant une semaine, après quoi elle pâlit, et se termine par une véritable desquammation, par des exfoliations farineuses, et non par des croûtes; sa durée est très-variable, M. Biett la vu durer plusieurs années.

Lorry trace ainsi qu'il suit les signes distinctifs de la gale et du lichen : « Primo à scabie differunt, quod papulæ illæ vulgo magis confertæ sint et elatiores; secundo, quod rubicundæ magis et minus aridæ sint; tertio, quod sæpè sanatis febribus superveniant; quarto, quod latiores sint, et sæpius recidivam patiantur quàm vera et ligitima scabies; quinto, quod in furfur abeant notabile; sexto, demùm, quod remediis, sanentur à scabiei curatione alienis. »

Le *lichen urticatus*, ajouté par Bateman aux espèces décrites par Willan, ressemble peu à la gale; il consiste en des papules larges, élevées, ressemblant à des morsures de punaises ou de cousins, enflammées, pruriginenses, brûlantes, *dépourvues de vésicules*, ayant leur siége au cou, à la face; irrégulières dans leur apparition et dans leur disparition.

Les boutons se réunissent quelquefois, deviennent confluents; ils s'effacent en laissant une véritable desquammation.

Les auteurs qui ont écrit sur les maladies de la peau ont distingué sept espèces de lichen, à savoir : « le simplex, le pilaris, le circumscriptus, l'agrius, le lividus, le tropicus, l'urticatus. On sent que nous ne pouvons donner les caractères de toutes ces espèces sans dépasser les bornes que nous nous sommes imposées.

Ecthyma, psydracia de Frank.

Cette éruption de pustules n'est point contagieuse; elle est tellement rare en France que nous nous abstiendrions d'en parler sans sa ressemblance avec la gale, lorsque celle-ci est compliquée de pustules. Au moins n'entrerons-nous dans aucun détail sur ces espèces, qui sont « l'ecthyma vulgare, infantile, luridum, symptomaticum, cachecticum. »

Une éruption de pustules dures sur quelques parties des extrémités, sur le cou et les épaules, qui atteint son développement en trois ou quatre jours, entourées d'un cercle inflammatoire; présentant à leur sommet une vésicule contenant du pus; qui se rompent au bout de deux ou trois jours pour laisser échapper la matière purulente, laquelle est bientôt remplacée par un fluide moins consistant; se convertissant au bout de quelques jours en écailles brunes, qui tombent au bout d'une semaine : telle est l'ecthyma dans son plus grand état de simplicité.

On voit que la forme de l'éruption, sa marche, sa terminaison, son siége, sa nature, etc., ne peuvent permettre de la confondre avec la gale.

Cette éruption aurait dû être placée parmi les maladies aiguës de la peau; nous ne l'avons décrite ici que pour le diagnostic de la gale.

Eczema.

On a admis trois espèces d'eczema : « l'eczema solare, l'eczema impetiginodes, l'eczema rubrum »; celles qui offrent le plus de ressemblance avec la gale sont l'eczema impetiginodes, ensuite l'eczema rubrum.

Cette maladie vésiculeuse ne se communique pas par contagion. L'eczema impetiginodes est une éruption de petites vésicules séparées, remplies d'un liquide transparent, fortement adhérentes à la peau, légèrement proéminentes, s'élevant et croissant avec lenteur, occasionnant de la chaleur, de la cuisson et quelquefois du prurit. Ces vésicules se rompent au bout d'un certain temps, et laissent écouler un fluide qui semble enflammer et corroder les parties voisines. L'épiderme devient dur, inégal, se gerce et rougit. Le siége de cette éruption est ordinairement les mains, les bras, la poitrine, le cou, les épaules; mais il n'est pas rare de la voir envahir toute la surface du corps. Ce qui peut la faire distinguer de la gale, c'est qu'elle occupe souvent la paume des mains et la plante des pieds, où la gale parvient rarement; qu'elle occasionne une cuisson bien différente du prurit de la gale, enfin qu'elle n'est pas contagieuse.

L'eczema rubrum est précédé de gonflement, de rougeur, de tension, et se manifeste ordinairement à la partie interne et supérieure des cuisses et au scrotum. Les aines, les aisselles, les plis des bras, les poignets, les mains, sont souvent occupés par cette éruption. Elle consiste en une multitude de vésicules petites, transparentes, qui dans deux ou trois jours acquièrent le volume d'une tête d'épingle, et deviennent laiteuses. Ce caractère la distingue éminemment de la gale et des autres exanthèmes cutanés. Elle gagne quelquefois toute la surface du corps; elle détermine un gonflement plus ou

moins considérable, une vive sensibilité et une forte démangeaison.

Les vésicules se rompent et laissent suinter un liquide âcre qui irrite les parties voisines; ce liquide s'épaissit, exhale une odeur fétide; il se forme des excoriations générales, puis des gerçures profondes aux plis des articulations, enfin des croûtes squammeuses, jaunes, flavescentes, qui tombent au bout d'un temps plus ou moins long, relativement à son étendue et à son intensité.

Dartres.

J'admire l'excellent esprit de J.-P. Frank lorsqu'il s'applique à faire disparaître les distinctions superflues qui embarassent plutôt qu'elles ne facilitent l'étude des maladies. Je me range avec plaisir de son avis lorsqu'il dit que les divisions des dartres, fondées uniquement sur les apparences extérieures, ne sont que l'expression d'un degré différent d'intensité ou d'un siége différent, et qu'on ne doit nullement les regarder comme des espèces particulières. Il admet cependant, à l'instar de Galien, cinq espèces de dartres : la farineuse, la miliaire, la rongeante, la phagédénique, et la dartre interne. Il décrit aussi la mentagre séparément.

M. le professeur Alibert, auquel M. Bateman reproche de s'être servi du mot *dartre* d'une manière vague et indéfinie, en a fait un bien plus grand nombre d'espèces : il admet la dartre « furfuracée, squammeuse, crustacée, rongeante, pustuleuse, phlycténoïde et érythémoïde. » Ces distinctions seraient sans doute importantes si elles étaient basées sur des caractères invariables, tels, par exemple, que ceux de la lésion élémentaire, et si elles devaient modifier le traitement.

Le reproche de Bateman n'est pas dépourvu de fondement, puisque l'on range sous une même dénomination un grand nombre d'objets qui sont loin de présenter les mêmes caractères. Cependant on peut dire que les affections cutanées que l'on désigne sous le nom générique de dartres, quoique se présentant sous des apparences diverses, n'en ont pas moins un grand nombre de points de ressemblance.

Les dartres sont en général formées par de petits boutons rouges, transparents, jaunâtres, environnés d'une aréole rouge, enflammés à leur base, réunis en groupe, occasionnant un prurit variable, un sentiment de démangeaison légère ou de formication, de brûlure, de piqûre, d'élancements, de tension, etc. Les boutons s'ouvrent spontanément ou par le frottement. Il peut survenir des ulcérations rebelles, d'où s'écoule une matière ichoreuse irritante. Enfin il se forme des écailles, des croûtes, qui tombent en desquammation. Ces exanthèmes chroniques sont ordinairement exempts de phénomènes généraux; il paraît certain qu'ils ne se communiquent pas par contagion.

Il est difficile de ranger dans cette définition la dartre furfuracée de M. Alibert, laquelle consiste en une simple efflorescence de l'épiderme sans altération du corps muqueux. Frank en fait une espèce à part, sous le nom de porrigo, et Bateman la place dans le genre *squamæ*, sous la dénomination de *pityriasis*.

Nous allons exposer les caractères de ces éruptions qui nous ont paru les plus remarquables.

La dartre farineuse de Sauvages, à laquelle on doit rapporter les dartres furfuracées de M. Alibert, le porrigo de J.-P. Frank, le chloasma du même auteur, le pityriasis de Bateman, peut-être la lèpre simple et la dartre squammeuse, écailleuse, etc., qui ne me paraissent être que des variétés peu importantes de la même maladie, est caractérisée par la séparation de l'épiderme, sous la forme d'une poussière légère, ou d'écailles de diverses dimensions et de formes variables.

Ces efflorescences sont quelquefois précédées de petits boutons imperceptibles à l'œil nu, peu sensibles au toucher, sans changement de couleur à la peau et rarement rouges; elles occasionnent un prurit plus ou moins vif. Ces éruptions peuvent occuper toutes les parties du corps.

Les croûtes, de quelque forme et de quelque couleur qu'elles soient, n'auraient pas dû servir de base à une distinction d'espèces; elles ne nous paraissent qu'un effet secondaire, peu propre à servir de caractère diagnostique. Ces croûtes sont le résultat de l'exhalation et de la concrétion, sur la peau, d'une matière puriforme sécrétée par des espèces de boutons ou par des altérations particulières, plus ou moins superficielles, de la peau : c'est la dartre miliaire des anciens. Il se manifeste sur plusieurs points de la peau une tuméfaction accompagnée ou plutôt précédée de prurit, de chaleur et de tension, une rougeur plus ou moins vive, une douleur insupportable après les repas et pendant la nuit. Il s'élève sur cette partie sensiblement enflammée une multitude de papules, et quelquefois de pustules et même de vésicules, qui contiennent un liquide variable, qui devient blanc, opaque, et s'échappe au dehors par la rupture des boutons, spontanée ou produite par le frottement. La base des pustules est ulcérée; le fluide qui s'en échappe se dessèche pour former des écailles ou des croûtes grisâtres, jaunâtres, fauves, épaisses ou minces, tombant avec facilité ou adhérentes, etc.; circonstances qui ont fait admettre un grand nombre de variétés de dartres au moins superflues. Les dartres pustuleuses, la mentagre, la couperose, la miliaire, les dartres crustacées, ne sont que des variétés de cette espèce. La dartre phlycténoïde n'en diffère que par le volume plus ou moins considérable des vésicules; il est douteux que cette variété soit une véritable dartre. Nous ne pensons pas que le zona, qui a été mis au nombre de ces éruptions, ait le caractère dartreux. C'est bien essentiellement une phlegmasie aiguë.

Nous devons cependant mentionner d'une manière particulière la dartre rongeante de M. Alibert, le phagédénique des anciens auteurs : elle est caractérisée par des ulcères qui s'étendent avec une effrayante rapidité, et détruisent plus ou moins profondément les tissus qu'ils envahissent. Cette dartre paraît être le plus haut degré de développement des espèces précédentes. Nous adoptons entièrement l'opinion de Frank, qui s'expirme en ces termes sur toutes les distinctions qu'on a voulu établir parmi ces éruptions : « Herpetis solita... divisio formæ potiùs, ac vehementiæ, quàm diversæ hoc in morbo naturæ fundamento innititur (page 144). »

Teignes.

Ce que nous venons de dire des dartres s'applique tout aussi rigoureusement aux teignes. Les distinctions établies par les auteurs, et principalement par M. Alibert, ne nous paraissent pas d'une haute importance.

La teigne ou les teignes, affection qui se rapproche beaucoup des dartres, occupe particulièrement la tête et la face; elle peut s'étendre aux épaules et de là aux autres parties du corps; elle atteint de

préférence les enfants. Elle consiste en ulcères prurigineux, serpigineux, qui versent une très-grande quantité de matière ichoreuse, laquelle se condense en écailles ou en croûtes de différentes formes, qui ont fourni les caractères principaux des variétés admises par le professeur Alibert. Cet auteur établit en effet, d'après cette base, cinq espèces de teignes : la teigne faveuse, la teigne granulée ou rugueuse, la teigne furfuracée ou porrigineuse, la teigne amiantacée, enfin la teigne muqueuse.

La plupart des teignes sont précédées d'un sentiment de chaleur, d'ardeur, de prurit, de tension. Les glandes du cou et de la nuque se tuméfient, deviennent tendues, douloureuses; il existe quelquefois de la céphalalgie; la démangeaison augmente. On reconnait une élévation plus ou moins large; une espèce d'excoriation, d'ouverture étroite qui surmonte la tumeur, laisse échapper une humeur visqueuse, épaisse, jaune, plus ou mois fétide, qui se répand dans les cheveux, les agglutine en se coagulant par le contact de l'air. La tête est bientôt entièrement couverte de croûtes d'aspect variable : tantôt ces croûtes présentent l'apparence de petites excavations circulaires (teigne faveuse, alvéolée); tantôt celle de petits grains séparés, grisâtres, brunâtres, irréguliers (teigne granulée ou rugueuse); tantôt celle de plaques irrégulières, jaunes, flavescentes, se détachant avec facilité, recouvrant non seulement la tête, mais s'étendant au front, aux tempes, aux oreilles et à la face (teigne muqueuse). D'autres fois le liquide se coagule sous forme lamelleuse, en écailles furfuracées, blanches, plus ou moins épaisses, humides ou sèches, adhérentes ou se détachant avec facilité (teigne furfuracée); enfin les écailles peuvent être luisantes, argentines, réunir les cheveux en faisceaux, leur donner un aspect brillant, soyeux, chatoyant, qu'on a comparé à celui de l'amiante (teigne amiantacée).

Lorsque les tubercules sont rapprochés et confluents, la matière ichoreuse est plus abondante, et les croûtes sont plus épaisses. Ces croûtes sont soulevées par le liquide qui suinte au-dessous : bientôt elles sont déchirées, fendues, et laissent écouler le fluide accumulé sous elles; une large plaque mêlée de cheveux, d'un aspect hideux et dégoûtant, recouvre la tête entière. La peau sousjacente est altérée, ulcérée; les bulbes des cheveux sont, sinon détruits directement, au moins fortement affectés; un amaigrissement plus ou moins marqué survient; des douleurs atroces tourmentent le malade, qui peut mourir de cette maladie, ce qui pourtant arrive rarement.

Lorsque les croûtes tombent, on aperçoit des ulcérations superficielles, rouges, luisantes, qui ne tardent pas à se recouvrir d'un nouveau fluide, qui se concrète comme le premier. Lorsque la guérison a lieu, la peau reste souvent lisse et luisante; d'autres fois des cheveux lanugineux croissent irrégulièrement sur ces têtes à demi chauves.

On a confondu avec les teignes, et particulièrement avec la teigne muqueuse, les croûtes de lait qui attaquent la première enfance. Nous pensons que ces deux affections méritent d'être distinguées.

Ces dernières naissent ordinairement sur la face autour des lèvres, sur les joues, et quelquefois sur le front. La partie se gonfle, se tuméfie, devient douloureuse, rouge et luisante; bientôt de petites vésicules jaunes, transparentes, plus ou moins larges, apparaissent sur le sommet de ces tubercules, lesquelles par leur rupture laissent échapper un fluide coagulable qui donne lieu à des croûtes d'un jaune rougeâtre, plus ou moins épaisses, qui peuvent occuper tout le visage de l'enfant. Cette éruption occasionne du prurit et une inquiétude considérable.

La croûte laiteuse diffère de la teigne et par son siége et par son innocuité. Elle cède facilement à des applications adoucissantes. Sous le nom de porrigo, Willan désigne la même maladie que les teignes de M. Alibert; il ne reconnaît pas précisément les mêmes espèces. Le porrigo de Frank n'est autre chose que la teigne furfuracée de l'auteur français.

Nous ne croyons pas devoir parler des diverses taches qui ternissent la peau le plus ordinairement d'une manière indélébile. Leur peu de danger et leur incurabilité rendent superflue toute dissertation à leur sujet, surtout dans un ouvrage où l'on ne doit faire entrer que les choses vraiment utiles à connaître. Ainsi les diverses éphélides, les *nævi*, le vitiligo, l'alopécie, ne méritent guère de nous arrêter. L'érythème, les diverses ecchymoses, le le chloasma, que Frank a réunis dans le même ordre, ne doivent pas davantage fixer notre attention. Les pliques, les lèpres, les ichthyoses, les cancroïdes, les pians, etc., etc., ne sauraient être que des objets d'une curiosité assez stérile. Nous n'avons dû nous arrêter que sur les phlegmasies cutanées les plus importantes.

Des maladies du tissu cellulaire.

La chirurgie dispute à la médecine la propriété des maladies du tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que certaines maladies de la peau qui s'étendent jusqu'à ce tissu. L'on trouve en effet dans les ouvrages des chirurgiens la description du phlegmon, du furoncle, de l'anthrax, du charbon, de la pustule maligne, qu'on retrouve aussi dans les écrits des médecins. Méprisant ces prétentions, peu dignes des gens qui cultivent la science avec une certaine philosophie, nous n'entrerons nullement dans ces disputes puériles et ridicules; déjà trop riche des matériaux immenses qui forment notre domaine, nous abandonnerons volontiers ces parcelles dont nous sommes peu jaloux. Nous nous bornerons à mentionner l'emphysème, l'œdème et l'endurcissement du tissu cellulaire.

Emphysème du tissu cellulaire.

L'emphysème reconnaît presque toujours pour cause une plaie pénétrante du poumon; mais nous avons déjà dit qu'il était aussi le résultat d'une exhalation morbide spontanée; il peut même être provoqué par une insufflation extérieure, comme Sauvages en rapporte un exemple remarquable.

La peau est tendue, blanche, luisante, élastique, indolente; elle est tuméfiée dans une étendue plus ou moins considérable. La tumeur, lorsqu'elle est peu volumineuse, n'est pas circonscrite; ses bords se perdent insensiblement dans la portion saine. Lorsqu'on la comprime, elle ne conserve nullement l'impression des doigts, et elle fait entendre une véritable crépitation, tout-à-fait analogue à celle qui résulte de la compression du tissu pulmonaire; la poitrine, le cou, la face, les paupières, les mamelles, les bras, le scrotum ou les grandes lèvres, les cuisses, les jambes, en un mot toutes les parties du corps se gonflent; toutes les saillies, tous les enfoncements disparaissent; le cou acquiert le volume de la tête; les mamelles de l'homme égalent celles d'une femme qui allaite; les parties du corps où le

tissu cellulaire est lâche acquièrent le plus grand développement. L'air peut pénétrer dans l'intérieur des viscères, et occasionner des phénomènes locaux et généraux plus ou moins graves.

Les signes locaux que nous venons d'exposer ne permettent pas de méconnaître cette affection, et doivent suffire en effet pour la faire distinguer de toute autre.

L'emphysème peut être général ou partiel.

Lorsqu'il dépend d'une plaie pénétrante dans la poitrine, de celle de quelques organes des voies aériennes, il occasionne les accidents les plus graves, il acquiert un énorme développement, et devient souvent mortel. La description des phénomènes organiques et fonctionnels de l'emphysème traumatique appartient à la chirurgie.

OEdème.

Ce que nous avons dit au commencement de cet ouvrage sur les exhalations séreuses morbides s'applique entièrement à l'œdème. Presque toujours symptomatique, il est rare en effet que cette infiltration soit idiopathique. On doit donc la considérer bien plutôt comme un simple phénomène morbide que comme une maladie.

L'œdème, ou leucophlegmasie, anasarque, lorsque l'épanchement est général, consiste dans l'infiltration plus ou moins considérable de sérosité dans le tissu lamineux sous-cutané, et souvent dans les organes voisins. On le reconnaît à une tumeur blanche, luisante, non circonscrite, froide, indolente, non élastique, recevant et *conservant l'impression du doigt*, laquelle met un certain temps à s'effacer.

Cet œdème peut être quelquefois le résultat de la station, d'un certain degré de faiblesse dans les convalescences, etc.; mais il dépend le plus souvent d'un obstacle mécanique aux cours des fluides (1), d'une phlegmasie chronique, ou de quelque altération profonde des organes, etc.

Endurcissement du tissu cellulaire.

Cette maladie, particulière au premier âge, a beaucoup occupé les médecins depuis une quarantaine d'années; mais, malgré les discussions, les dissertations sans nombre que cette maladie a fait naître, on est encore loin d'être d'accord sur sa nature. Un jeune médecin fort instruit, qui a publié des recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques sur plusieurs maladies des enfants nouveau-nés, a exposé dans son ouvrage toutes les opinions émises à ce sujet, les a longuement combattues, et a lui-même établi une théorie nouvelle sur l'endurcissement du tissu cellulaire du fœtus et l'enfant nouveau-né. Nous n'avons pas été convaincu par ses raisonnements. Les objections qu'il adresse à un grand nombre d'auteurs ne nous ont pas paru victorieuses, et les preuves sur lesquelles il fonde sa doctrine ne nous ont pas semblé indestructibles. Quoi qu'il en soit, on doit tenir compte à M. Denis des travaux considérables qu'il a dû faire sur cette affection.

Ennemi que nous sommes de toute spéculation oiseuse, dont le plus grave inconvénient n'est pas de faire perdre un temps précieux, mais qui, par les opinions qu'elles propagent comme des vérités rigoureuses, causent la perte d'une partie de l'espèce humaine, en conduisant à une thérapeutique erronée, bornons-nous, en historien fidèle, à faire connaître les caractères de la maladie qui nous occupe.

On admet deux variétés d'endurcissement du tissu cellulaire, l'une séreuse ou œdémateuse, l'autre concrète ou adipeuse. La première se présente avec les caractères suivants :

Cette maladie, qui paraît attaquer le fœtus ainsi que le nouveau-né, consiste dans une tumeur dure, résistante, froide, pâle ou livide des extrémités ou des joues. Le degré de consistance varie suivant que l'endurcissement est léger, intense ou très-intense.

La tumeur est molle, empâtée, mais diffère de l'œdème en ce qu'elle ne conserve pas l'impression du doigt, et de l'emphysème en ce qu'elle n'est pas élastique et ne fait pas entendre de crépitation. La température est toujours au-dessous du degré naturel, et d'autant plus que la tuméfaction est plus prononcée et plus récente; lorsqu'on échauffe artificiellement les parties malades, elles ne tardent pas à reprendre leur température primitive. La couleur rose tendre de la peau devient violette, livide; la perspiration est suspendue, d'où résulte une sécheresse remarquable de la surface cutanée. Une contraction permanente, en quelque sorte tétanique, affecte plusieurs muscles, tandis que d'autres sont dans un relâchement particulier.

Le malade est agité, il pousse des cris, des vagissements; mais ces cris, ces vagissements ont quelque chose d'insolite, de faible, d'obscur. Le pouls est petit, concentré, peu fréquent, peut-être même au-dessous du type normal; la langue est blanche, ou légèrement rouge sur ses bords; il existe parfois des vomissements, du dévoiement, de la constipation. Plus tard la déglutition devient difficile, la respiration laborieuse; les cris sont aigus et faibles.

A mesure que l'endurcissement se propage, que non seulement les extrémités, mais encore les joues et le reste du corps sont envahis, les phénomènes généraux deviennent plus alarmants. Une torpeur comateuse, l'impossibilité presque complète de la déglutition, l'insensibilité de la respiration, etc., précèdent l'instant fatal, qui, suivant la marche plus ou moins rapide de l'endurcissement, peut arriver depuis le premier jusqu'au vingtième jour. Quelquefois la maladie se termine par résolution; alors les parties endurcies reprennent graduellement leur souplesse, la chaleur revient.

La seconde variété, ou l'endurcissement concret, offre les phénomènes locaux et généraux que nous allons exposer.

Les parties endurcies présentent la fermeté du suif; la peau, d'un blanc jaunâtre, a l'apparence de la cire; elle ne peut glisser sur les muscles et en suivre les mouvements; les membres paraissent bosselés de tumeurs inégales, irrégulières, disséminées, très-dures. Au dernier degré, les membres endurcis semblent avoir été congelés; leur consistance est telle, que la percussion est sonore. Le froid est très-sensible au contact, les mouvements presque impossibles. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans cette variété, on observe peu de phénomènes nerveux; et les symptômes fournis par la digestion, la circulation et la respiration, sont moins prononcés que dans la variété séreuse. On voit que les différences principales consistent dans le degré de densité, dans la couleur de la peau, et dans le plus ou le moins de dérangement dans ses fonctions : dans l'une, la sérosité produit l'endurcissement; dans l'autre, l'augmentation de la graisse et sa coagulation.

(1) M. le docteur Bouillaud, dans un mémoire intéressant, a cité plusieurs cas d'infiltration dépendant d'un obstacle au cours du sang veineux.

Phénomènes organiques. Les aréoles du tissu lamineux sont distendues, dans la première variété, par une quantité plus ou moins grande de sérosité très-albumineuse, transparente ou légèrement colorée en jaune ou en rouge, quelquefois à demi concrète; les muscles, le tissu cellulaire qui les entoure, le tissu de la pie-mère, participent à cet état. Dans la seconde variété, le tissu adipeux paraît engoué d'une matière sébacée, opaque, épaisse, compacte, jaunâtre, plus riche en stéarine que la graisse ordinaire. Dans l'une et dans l'autre, les ganglions lymphatiques paraissent manifestement altérés; ils sont volumineux, rouges, injectés ou pâles, engorgés et mous.

On trouve des altérations dans le cerveau, dans les poumons, dans les organes digestifs; ce qui a fait naître diverses opinions sur le siége primitif de la maladie qui nous occupe. On a pensé que l'endurcissement du tissu cellulaire était un simple symptôme, tantôt d'une arachnitis ou d'une encéphalite, tantôt d'une pneumonie, tantôt d'une gastro-entérite. On remarque en effet des modifications organiques morbides, qu'on peut regarder comme le résultat de ces phlegmasies; mais sont-elles elles-mêmes un effet, ou précèdent-elles l'endurcissement?

M. Troccon, qui a observé souvent l'hépatisation du poumon chez les enfants endurcis, pense que la pheumonie est la maladie principale. M. Denis, plus imbu des préceptes de la doctrine dite physiologique, croit que l'endurcissement est une phlegmasie entéro-cellulaire. Il combat pourtant l'opinion de M. Broussais, qui pense que cette affection est un érysipèle approchant du caractère phlegmoneux. Au reste, ce médecin réfute aussi les opinions de MM. Troccon, Andry, Alard, Broussais, Breschet, Léger, Liberali, Marteau, Auvity, Horn, Underwood, Hulme, Naudeau, Hufeland, Wichmann, Lodeman, etc. (1).

Éléphantiasis des Arabes.

C'est sans doute ici le lieu de parler de l'éléphantiasis des Arabes, qui a beaucoup occupé les observateurs modernes. En effet, le siége de cette maladie me paraît être dans le tissu cellulaire et dans le système lymphatique; elle affecte principalement les membres, et surtout les membres abdominaux; mais ordinairement elle n'en attaque qu'un à la fois. On observe l'éléphantiasis, dans certains cas rares, aux mamelles, au col, etc.; mais on a décrit sous le nom d'éléphantiasis des maladies qui ne doivent pas être considérées comme telles. Il n'est pas rare qu'il se manifeste sur diverses parties du corps des tumeurs dures, plus ou moins douloureuses, chez les personnes dont un membre est frappé de cette affection.

L'éléphantiasis s'annonce ordinairement par un cordon noueux, rouge, douloureux, suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques. Tels sont les premiers phénomènes qui caractérisent cette affection; mais ils ne sont pas constants, et bien souvent le membre est volumineux, dur, irrégulier, bosselé, déformé, sans que les premiers symptômes aient apparu; comme aussi, dans bien des cas, on observe l'inflammation des vaisseaux lymphatiques sans que l'engorgement éléphantiasique succède. Quoi qu'il en soit, au bout d'un certain temps, on observe que le tissu cellulaire sous-cutané est augmenté de volume, au point que la jambe atteint une grosseur presque double de l'état naturel, et cette grosseur peut paraître quelquefois monstrueuse, surtout à cause des saillies, des dépressions, des irrégularités qu'elle présente. La peau, tendue outre mesure, semble, dans certains endroits, avoir perdu son extensibilité; là, elle comprime les membres comme par une espèce de lien, et produit des sillons profonds. L'hypertrophie du tissu cellulaire n'a pas lieu sans augmentation de sa consistance; la dureté qu'il acquiert est telle qu'il ne cède plus aux doigts qui le compriment. La peau conserve quelquefois sa couleur, mais plus souvent elle en change; elle devient rouge, violacée, mamelonée, rugueuse; elle est le siége d'érysipèles qui se succèdent fréquemment, laissent à leur suite des écailles et quelquefois des croûtes. Dans certains cas, elle laisse exsuder une matière ichoreuse, jaune, qui se dessèche et tombe, etc.; un prurit, très-douloureux, insupportable, saisit les malades lorsqu'ils découvrent leurs membres. Ils éprouvent souvent dans ces membres des élancements, des douleurs intolérables.

Tels sont les phénomènes locaux que l'on observe le plus communément. Dans le principe, ces phénomènes sont accompagnés d'une réaction générale qui s'éteint peu à peu lorsque la maladie prend la marche chronique. Ces symptômes généraux reparaissent toutes les fois qu'un nouvel érysipèle vient à se manifester. La marche de l'éléphantiasis est essentiellement chronique; sa durée varie depuis plusieurs mois jusqu'à un nombre d'années indéterminé. La résolution peut quelquefois s'opérer lorsque la maladie est récente; mais lorsqu'elle est ancienne on ne peut pas l'espérer. En effet, plus la maladie est ancienne, et plus les altérations locales sont profondes, la consistance du membre devient ligneuse, son volume énorme; la peau, de plus en plus rugueuse, se couvre de vésicules, de squammes, d'écailles, de végétations fongueuses; elle peut s'ouvrir, se déchirer, s'altérer; ces fissures, ces crevasses, ces altérations se recouvrent de croûtes, qui tombent et se renouvellent. Des glandes lymphatiques squirrheuses peuvent tomber en suppuration et même en gangrène, et laisser après elles des ulcérations indestructibles, versant incessamment un pus ichoreux et fétide.

La dissection a fait reconnaître que toutes les parties de la peau étaient hypertrophiées, et M. Andral a pu y reconnaître distinctement toutes les couches décrites par M. Gautier. Le tissu cellulaire, considérablement augmenté de volume, est dur, grisâtre, crie sous le scalpel, et contient quelquefois des matières semi-liquides, gélatiniformes dans ses alvéoles; sa densité augmente dans les parties les plus voisines de la peau. Le derme peut acquérir jusqu'à un demi-pouce d'épaisseur. C'est principalement sur le corps papillaire que l'hypertrophie se manifeste; ce corps est alors très-distinct du derme. Les papilles en sont larges, saillantes, alongées. Le corps muqueux participe à l'augmentation de volume; et non seulement il est facile à distinguer dans une section perpendiculaire à la peau, mais ses diverses couches même peuvent être facilement aperçues. Enfin l'épiderme est dur, fendillé; les écailles en sont épaisses et fort adhérentes. M. Bouillaud a observé chez une femme que les veines du membre malade étaient oblitérées, et que cette oblitération s'étendait même jusqu'à la veine cave.

(1) Voyez le traité de M. le docteur Billard sur les maladies des enfants nouveau-nés.

DEUXIÈME SECTION.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE ET DE SES DÉPENDANCES.

Peut-être pensera-t-on que nous aurions dû renvoyer plus loin les maladies de l'encéphale; mais ces maladies sont aujourd'hui aussi claires, aussi connues que celles des organes digestifs ou respiratoires, et par conséquent aussi faciles à étudier; nous n'avions donc aucune raison de les séparer de celles de la peau. Nous continuerons à exposer les affections des appareils de la vie de relation, dont la peau fait partie, dans les classifications physiologiques.

§ I. Diagnostic des maladies de l'encéphale.

Les maladies de l'encéphale et de ses dépendances sont nombreuses; le soin qu'on a mis dans ces derniers temps à l'investigation anatomique du cerveau, a fait reconnaître une multitude d'altérations locales, dont on ne soupçonnait pas même l'existence dans la médecine antique. Plusieurs de ces lésions locales ont pu être reconnues dans le vivant au moyen de signes qui leur sont propres, c'est-à-dire qu'on a en même temps découvert leur expression fonctionnelle; quelques-unes ne peuvent être que soupçonnées; d'une autre part, il est des maladies qu'il est impossible de ne pas placer dans le système nerveux, et dont on ignore le caractère organique, d'où il résulte une grande difficulté dans la classification de ces diverses maladies. Prendra-t-on pour base de cette classification les modifications organiques ou les modifications fonctionnelles? Mais les premières ne sont pas toutes connues, et beaucoup de celles que l'on connaît n'ont pas de signes propres. Les altérations fonctionnelles, connues depuis long-temps et bien appréciées, telles que l'épilepsie, l'hystérie, l'hypocondrie, la catalepsie, la danse de Saint-Weith, etc., ne donnent lieu à aucune altération organique constante. Les diverses classifications admises par les auteurs ne pouvaient donc être que vicieuses, puisque la connaissance des maladies dont nous parlons était si imparfaite; aussi n'adopterons-nous aucune de celles qui existent chez eux, notre but n'étant d'ailleurs que de rapprocher les unes des autres les affections qui se ressemblent, et de faire voir en quoi elles diffèrent; cette ressemblance étant particulièrement fournie par les symptômes, nous nous bornerons à grouper ensemble les affections cérébrales dont les signes offrent le plus d'analogie.

La division des maladies du cerveau en aiguës et en chroniques est de la plus haute importance pour leur diagnostic. Nous avons déjà fait voir dans le commencement de cet ouvrage que cette distinction était l'un des meilleurs moyens d'arriver à la connaissance de l'espèce de maladie qui existe. Nous conserverons donc cette division, accordant volontiers que, sous tout autre rapport, elle n'est pas moins défectueuse que toute autre. Comme second moyen d'analyse non moins puissant, nous distinguerons des maladies du cerveau en générales et locales, suivant qu'elles occupent le système encéphalique tout entier, ou simplement une partie plus ou moins étendue, plus ou moins circonscrite.

Dans la première division nous comprendrons la congestion cérébrale, l'inflammation du cerveau et des méninges, l'hydrocéphale aiguë, l'hémorrhagie et les ramollissements; nous y ajouterons l'anémie et la polyæmie; quant à la céphalalgie qu'on peut nommer nerveuse ou névropathie cérébrale, il en sera question en parlant des maladies dont le siége est inconnu, mais probable.

Quant à la commotion, aux contusions, aux plaies, la pathologie externe s'est emparée de ces maladies; nous n'en traiterons pas.

Nous placerons dans la seconde division l'hydrocéphale chronique, le cancer, le tubercule, le fongus, les tumeurs osseuses, les acéphalocystes, l'atrophie, l'hypertrophie et le développement irrégulier de l'encéphale.

Anémie cérébrale.

Si l'on saigne à blanc un homme, ou si l'on fait subir à un animal vivant une perte abondante de sang, tous les organes se trouvent privés de leur excitant propre, de sang. Alors ils cessent plus ou moins complètement leur action, et chacun d'eux présente des phénomènes particuliers. Si quelques causes agissent de la même manière que les saignées copieuses, c'est-à-dire si un individu perd plus qu'il ne répare, des phénomènes semblables se manifesteront. Notre plan ne nous permettant pas d'entrer dans le détail de ces causes, nous devons passer tout de suite à l'exposition des phénomènes morbides immédiats et médiats.

Phénomènes morbides directs. L'anémie cérébrale, lorsqu'elle est complète, est signalée par la perte de connaissance, par la syncope; mais, avant de perdre connaissance, l'individu éprouve un trouble remarquable dans tous les sens; les objets lui paraissent comme voilés; il ne les aperçoit que comme à travers un nuage; ils paraissent tourner autour de lui; l'oreille ne perçoit plus ou que très-peu les sons extérieurs, mais il existe des bourdonnements importans; le toucher devient obtus, et les autres sens insensibles à leurs excitants propres; le sommeil est léger, peu réparateur; les organes des mouvements sont loin de rester étrangers à ces phénomènes. Lorsque l'anémie est peu prononcée, il existe seulement une faiblesse musculaire plus ou moins grande; le malade ne peut se livrer au moindre exercice, il éprouve des lassitudes spontanées, bientôt des engourdissements dans divers membres ou dans tous à la fois, impossibilité de les mouvoir, et, chose singulière! si l'on expérimente sur un animal vivant et que l'on pousse la saignée jusqu'à le faire périr, des *convulsions générales* s'emparent de lui et précèdent la mort d'une manière immédiate.

Dans l'homme, l'anémie produit l'affaiblissement des facultés intellectuelles; dans cet état il est incapable d'attention, de mémoire, de jugement, tout aussi bien que de perception. La moindre application, le plus léger travail intellectuel est insoutenable.

La sensibilité générale n'est pas diminuée d'une manière remarquable.

La face est pâle, les yeux sont ternes et languissants, les lèvres décolorées.

Phénomènes morbides indirects. La peau est pâle et froide, la langue pâle aussi, et quelquefois jaunâtre et livide; la soif nulle, l'appétit peu prononcé, à moins cependant que l'anémie ne soit le résultat de l'abstinence : alors faim dévorante portée jusqu'au délire furieux, ainsi que nous l'atteste l'exemple encore récent du naufrage de *la Méduse;* selles supprimées, urines ténues; respiration lente et pénible, rare; pouls petit, misérable et parfois insensible; copulation impossible, érection nulle, etc.

Phénomènes organiques. Si l'individu succombe, on trouve les membranes cérébrales, le cerveau lui-même, exsangues et décolorés; les sinus sont vides de sang, les parois des vaisseaux sont affaissées sur elles-mêmes, aplaties.

Comme il est difficile que l'anémie ne se manifeste que sur un organe, on trouve dans l'économie animale tout entière des changements analogues à ceux que nous venons de signaler.

Polyæmie, ou pléthore cérébrale.

Lorsque le sang arrive avec trop d'abondance dans l'encéphale, bien que l'individu ne soit pas précisément malade, il se manifeste cependant des phénomènes fonctionnels qui s'éloignent de l'état physiologique.

Signes locaux. — Phénomènes fonctionnels immédiats. L'état de pléthore cérébrale n'est pour ainsi dire qu'un degré moindre que la congestion, et des symptômes analogues l'accompagnent. La différence majeure qui existe dans ces deux états, c'est la perte de connaissance, qui n'a pas lieu dans la polyæmie cérébrale. Autrement on observe, dans l'une comme dans l'autre, éblouissements, visions d'étincelles, d'objets colorés en rouge; bruits, tintements d'oreilles; céphalalgie, somnolence, insomnie, surexcitation morale, intellectuelle, ou, au contraire, incapacité d'esprit, attention peu soutenue; membres lourds, engourdis; fourmillements, picotements généraux, etc.

Signes généraux. — Phénomènes fonctionnels médiats. Face rouge, animée; yeux brillants, injectés; battements des carotides et des temporales; peau chaude, rosée, halitueuse; pouls fort, ondoyant, plein, peu fréquent, etc.; enfin en général les symptômes de la polyæmie.

Phénomènes organiques. Il n'arrive jamais qu'un individu succombe par la pléthore cérébrale; mais dans toute autre affection inflammatoire qui peut entraîner la mort du malade, on peut observer la polyæmie dont nous parlons; alors on trouve dans le cadavre l'injection vasculaire plus ou moins prononcée de l'encéphale et de ses membranes.

Congestion célébrale, ou coup de sang.

Signes locaux. — Modification, altération directe des fonctions propres à l'organe affecté. L'abord plus ou moins rapide du sang dans la substance de l'encéphale constitue la congestion cérébrale. La difficulté que le sang, parvenu dans le cerveau, éprouve à retourner dans les autres parties, occasionne aussi la congestion cérébrale. Cet état doit nécessairement donner lieu à des troubles notables dans les fonctions de cet organe.

Ainsi la congestion cérébrale est caractérisée par des étourdissements, des vertiges, des bruits, des tintements d'oreilles; des éblouissements, des étincelles; par l'état brillant et larmoyant des yeux; par de la céphalalgie, de la somnolence, de la chaleur et de la rougeur à la face. Ces symptômes persistent pendant quelque temps à des degrés divers: ils disparaissent et reviennent plusieurs fois, accompagnés de fourmillements et de picotements dans les membres, ordinairement des deux côtés; enfin le malade perd connaissance d'une manière plus ou moins brusque. Cette perte de connaissance est quelquefois portée jusqu'au carus le plus complet, avec résolution des membres; les sens sont insensibles à tous les excitants, même les plus énergiques; elle peut alors en imposer pour une hémorrhagie cérébrale considérable ou centrale. Mais au bout de quelques heures tout cet appareil de symptômes disparaît; il reste encore de l'engourdissement dans les membres et quelquefois même une véritable paralysie, laquelle ne tarde pas à se dissiper complètement; elle cesse ordinairement d'exister au bout d'un ou deux jours. Lorsque la congestion cérébrale est très-forte, elle peut être suivie d'une mort prompte, même lorsqu'elle n'offre aucune espèce de complication.

Signes généraux. — La digestion peut n'éprouver aucun changement; cependant les malades ont quelquefois des nausées, des vomissements, et presque toujours de l'inappétence. La défécation peut être involontaire, ainsi que la mixtion, pendant la perte de connaissance; la respiration est plus ou moins gênée, mais rarement stertoreuse; le pouls est fort, fréquent; les artères temporales battent avec violence; la peau est chaude, halitueuse, etc.

La prompte cessation des accidents les plus graves en apparence, la marche rapide de cette affection, en forment les caractères principaux et tiennent à la nature même de l'altération organique, qui, n'étant pas profonde, est de nature à se dissiper avec promptitude.

La congestion cérébrale est ordinairement générale; mais j'ai eu de fréquentes occasions d'en observer de purement locales. Rien n'empêche en effet qu'une congestion ne puisse avoir lieu seulement dans l'un des deux hémisphères cérébraux; alors les signes sont locaux et peuvent être pris pour ceux d'une hémorrhagie locale légère. Il existe engourdissement et paralysie d'un seul côté, etc.; mais ces accidents se dissipent trop vite pour être attribués à une lésion profonde de la substance cérébrale.

Phénomènes organiques. Lorsqu'un individu a succombé à une maladie de ce genre, soit simple, soit compliquée, on trouve à l'ouverture du corps les méninges et le cerveau plus ou moins profondément congestés. Il est des cas où le cuir chevelu et même les os du crâne sont rouges, violacés, et laissent échapper une certaine quantité de sang par toutes les solutions de continuité que l'on y a pratiquées. Les vaisseaux, et surtout les sinus de la dure-mère, sont remplis d'un sang noir. Lorsqu'on sépare du cerveau l'arachnoïde et la pie-mère, on obtient une plaque d'un rouge plus ou moins foncé, les vaisseaux qui la parcourent sont saillants et gorgés de sang, et ils en laissent échapper une certaine quantité. La surface des circonvolutions est d'une teinte plus ou moins foncée, fauve, brunâtre: si l'on pratique une incision à la substance corticale, on la trouve plus brune que dans l'état physiologique, et les orifices des vaisseaux tronqués laissent échapper des gouttelettes de sang proportionnées aux diamètres de leurs aires; des phénomènes analogues s'observent sur la substance médullaire, laquelle a perdu sa blancheur; peu de temps après une section, on voit sourdre, par des myriades de petits points, une infinité de petites gouttes de sang qui présentent l'aspect d'une multitude de grains de sable; les gros vaisseaux, et principalement les veines du cerveau, sont gorgés d'une grande quantité de sang. Telle est la congestion cérébrale. Lorsqu'un individu a éprouvé un ou plusieurs coups de sang, qu'il en a été guéri, et qu'il a succombé à une autre maladie, on ne trouve rien dans le cerveau, il n'y a plus aucun vestige de l'ancienne affection.

Méningites.

D'après les principes de la médecine organique, la connaissance d'un organe et de ses fonctions doit conduire à la connaissance des signes qui caractérisent ses maladies. En effet, lorsque nous reconnaissons une lésion de tissu, nous devons parvenir à établir quels doivent être les phénomènes fonctionnels morbides que cette lésion détermine. Les poumons sont-ils malades, la gêne de la respiration sera le premier symptôme qui se manifestera. Le cœur, l'estomac sont-ils affectés, des dérangements plus ou moins prononcés se feront remarquer dans la circulation et la digestion, etc. Mais quels seront les phénomènes morbides fonctionnels de l'altération d'un organe dont les usages sont inconnus, ou du moins ne se manifestent nullement au dehors?

Connaissons-nous précisément l'usage des membranes qui enveloppent l'encéphale? Organes accessoires de cet important viscère, elles sont destinées à favoriser ses mouvements par l'exsudation d'une légère sérosité, à le protéger contre les agents extérieurs; mais les méninges ne président ni à la pensée, ni aux sensations, ni à la sensibilité, ni à la myotilité. Ce ne sera donc pas par des modifications dans ces fonctions que pourront se manifester leurs maladies; et si l'on observe des altérations dans ces actes cérébraux, il faudra bien admettre que l'encéphale lui-même est altéré, est malade; que les méninges seules ne le sont pas, qu'elles exercent une influence plus ou moins directe sur le cerveau. Servant, comment nous l'avons dit, à favoriser l'exercice de ce viscère, dès le moment où elles seront altérées au point de ne pouvoir remplir leurs fonctions, il est clair que le cerveau devra donner des signes de la gêne qu'il éprouvera. Les signes fonctionnels des affections des méninges seront donc des signes cérébraux; mais encore une fois ces signes ne seront pas directs, immédiats. Ainsi lorsqu'on a dit qu'un des signes constants et caractéristiques de la méningite était le *délire*, je pense qu'on a commis une erreur; car le délire prouve d'une manière indubitable que la portion de l'encéphale qui préside à l'intelligence est altérée d'une manière primitive ou consécutive. Nous avons dans un autre ouvrage cité des exemples de méningites terminées par suppuration, lesquelles n'avaient occasionné aucun trouble dans les fonctions intellectuelles, et l'on sait qu'il existe une multitude de cas où le délire a lieu sans que les méninges soient malades : cela se conçoit parfaitement, puisque ce ne sont pas les méninges qui pensent.

Mais puisque les phénomènes morbides fonctionnels les plus directs sont des altérations dans les actes cérébraux, c'est bien avec raison que quelques auteurs ont confessé leur impuissance dans la distinction des signes qui différencient la méningite de l'encéphalite. Cependant les recherches d'anatomie pathologique m'ont souvent convaincu de l'existence de la méningite indépendante de l'encéphalite, de même qu'elles démontrent l'existence de la pleurésie, de la péritonite, etc., indépendante de la pneumonie, de la gastro-entérine, etc. Il ne serait donc pas sans importance de chercher quelles sont les nuances qui peuvent les faire distinguer l'une de l'autre. Sous le rapport du pronostic, je crois que cette distinction doit être très-intéressante; car il n'y a pas de doute qu'une inflammation bornée aux membranes ne soit infiniment moins dangereuse que celle qui attaque le tissu même d'un organe tel que le cerveau.

Nous ne chercherons pas à établir de différence entre l'arachnitis et l'inflammation de la pie-mère, bien que dans quelques circonstances, rares à la vérité, l'une de ces membranes puisse être enflammée, sans que l'autre le soit: leurs signes sont exactement les mêmes; c'est pourquoi nous les comprenons l'une et l'autre sous le nom de méningites, ainsi que l'a fait M. Guersent dans le *Dictionnaire de médecine.*

Phénomènes fonctionnels. Les usages des membranes cérébrales ne se manifestant à nos sens par aucun acte extérieur appréciable, il pourrait rigoureusement arriver qu'elles fussent malades sans que le médecin en eût connaissance; il doit y avoir en effet beaucoup de méningites latentes. Ainsi que je viens de le dire, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de voir de ces sortes d'inflammations terminées par suppuration, sans que l'intelligence ni les mouvements eussent été altérés, et cela jusqu'au dernier moment. Ces cas ne sont pas rares chez les personnes avancées en âge; mais le plus ordinairement les méninges étant enflammées, l'organe dont elles sont chargées de favoriser les fonctions manifeste la gêne qu'il éprouve dans l'exercice des actes auxquels il préside. Ces phénomènes, quoique indirects, sont très-analogues à ceux qui caractérisent l'inflammation cérébrale elle-même; mais tels qu'ils sont, ils sont les seuls qui puissent conduire à reconnaître la méningite.

Les phénomènes fonctionnels qui caractérisent cette maladie varient suivant la période, suivant le siége et la marche de la méningite.

Cette inflammation dans son type normal présente trois périodes: l'une, d'excitation ou d'invasion; la deuxième, d'inflammation déclarée, et la troisième, de compression ou de terminaison. Il arrive fréquemment que quelqu'une de ces périodes n'existe pas; quant à son siége, cette affection est générale ou locale; enfin, quant à sa marche, elle est aiguë ou chronique.

La méningite occupe le plus ordinairement la portion des membranes qui revêtent la convexité des lobes cérébraux, au moins chez l'adulte. La portion qui tapisse la base du crâne en est plus fréquemment le siége dans l'enfance; enfin on l'a observée bornée aux ventricules et à la protubérance annulaire. Nous ferons remarquer ici que l'existence de l'arachnoïde sur les parois ventriculaires est révoquée en doute par quelques physiologistes modernes des plus distingués; ce qui pourrait imprimer quelque doute sur l'existence de l'*arachnitis* des parois ventriculaires.

La méningite aiguë régulière de la convexité des lobes cérébraux s'annonce par une douleur de tête violente et d'un caractère particulier; cette céphalalgie fait pousser aux enfants des cris qui reviennent par intervalles; elle s'accompagne de somnolence; quoique continue, elle se fait sentir avec plus d'intensité de temps à autre: elle occupe ordinairement la région frontale, quelquefois sincipitale, occipitale ou autres; elle augmente par les mouvements qu'on imprime aux malades.

Une chose très-digne de remarque, et qui doit beaucoup servir dans le diagnostic des maladies qui nous occupent, c'est que les phénomènes fonctionnels que produit la méningite sont ordinairement généraux, quoique la maladie soit bornée, c'est-à-dire qu'il existe des symptômes des deux côtés du corps, relativement aux organes sensitifs, des mouvements et du sentiment; et cela parce qu'en général l'inflammation, quoique partielle, attaque les deux côtés à la fois. Les cas sont bien rares où les méninges ne sont malades que d'un côté; j'en ai

cependant cité quelques exemples dans mon ouvrage sur les maladies du cerveau.

La douleur de tête se manifeste ordinairement à la suite d'un frisson plus ou moins violent; la face est quelquefois pâle, mais plus souvent colorée, et exprime la douleur; les yeux sont hagards, brillants, injectés, larmoyants, sensibles à la lumière, et partant souvent fermés; ils ne peuvent supporter le moindre jour. Les malades croient voir des feux, des étincelles; les images des corps se nuancent de diverses couleurs, et changent de figure; le moindre bruit est insupportable; des tintements, des sifflements, des cloches, des ruisseaux, des battements, semblent se faire entendre dans la tête; les autres sens paraissent aussi dans un état d'excitation. Les réponses sont brèves; il existe une exaltation manifeste, mais point encore de délire; le caractère du malade semble changé; il est brusque, chagrin, impatient; sa figure exprime la douleur; il grince des dents.

D'ailleurs la peau est chaude, le pouls ordinairement fréquent et développé; la langue est sèche et rouge, la soif vive; il existe souvent des vomissements, mais sans douleur épigastrique et manifestement sympathique de l'état du cerveau. On remarque d'ailleurs peu de changement dans les autres fonctions.

Il arrive fréquemment chez les vieillards que cette première période n'existe pas du tout. Le malade perd tout-à-coup connaissance, comme dans la congestion; mais à cette perte de connaissance succèdent des phénomènes fébriles, qui distinguent cette maladie du coup de sang.

Au bout d'un temps indéterminé et variable, un, deux ou trois jours, suivant la rapidité plus ou moins grande de la maladie, le délire, qui d'ailleurs n'existe pas toujours, se déclare : il est ordinairement furieux; le malade crie, s'agite, se lève, menace, frappe, crache sur les assistants, etc. Si le mal de tête persiste, il ne produit aucune plainte; les yeux et les autres sens ne sont plus irrités par leurs excitants naturels; les pupilles commencent à se dilater ou se contractent, et le strabisme s'établit; la face présente un aspect convulsif; les lèvres sont tirées d'un ou de deux côtés; le pouls est plus ou moins développé, quelquefois irrégulier, tremblant; il est rarement à cette époque plus faible et plus lent que dans l'état ordinaire; la langue est toujours rouge, la soif vive, et souvent le vomissement persiste.

A cet état succède bientôt un abattement plus ou moins marqué, abattement qu'on ne doit pas prendre pour un calme véritable. Le malade a cessé de crier; des soubresauts dans les tendons, de la carphologie, des mouvements convulsifs, quelquefois de la contracture, apparaissent dans les membres, et principalement aux membres thorachiques. Les pupilles se dilatent, et les yeux ainsi que les autres sens deviennent insensibles à leurs excitants ordinaires; ils roulent dans leurs orbites; un silence affreux a succédé au délire bruyant; le malade ne répond plus aux questions qu'on lui adresse. Jusque-là le sommeil avait fui ses paupières, il n'avait éprouvé qu'une somnolence fatigante; maintenant il est plongé dans un coma profond; les membres sont encore raides et contractés, mais bientôt ils sont tombés dans une résolution complète. Cet état est l'effet de l'épanchement de sérosité qui survient ordinairement à cette époque de la maladie; mais il peut avoir lieu sans épanchement; l'injection simple du cerveau, ou sa compression par toute autre cause, peuvent le déterminer.

La face est pâle, décolorée; les yeux ternes, pulvérulents, à demi fermés, convulsés en haut; les pommettes saillantes, les tempes creuses, le nez effilé, les oreilles froides, les lèvres sèches, appliquées contre les dents; celles-ci sont aussi sèches, luisantes, couvertes d'un enduit fuligineux; la langue est dure, brune et sèche; la déglutition difficile et souvent bruyante; le ventre se météorise; la défécation et la mixtion s'opèrent à l'insu du malade.

La peau est froide, ou couverte d'une sueur visqueuse; le pouls est petit, inégal, irrégulier; la respiration rare, quelquefois stertoreuse; l'air expiré froid et fétide, et le malade succombe, dans le plus grand nombre des cas, au bout de quelques jours, de deux ou trois septénaires, rarement plus tard.

Tels sont les principaux symptômes de la méningite aiguë des hémisphères cérébraux. Les moments d'exacerbation sont très-irréguliers; la chaleur de la peau, la couleur du visage, varient sans cause connue d'un moment à l'autre. Les périodes de la maladie n'ont rien de fixe; elles peuvent manquer tour-à-tour, et quelquefois se confondre. Lorsque la maladie se termine par la guérison, les symptômes diminuent alors graduellement d'intensité, la résolution s'opère plus ou moins rapidement, avec ou sans phénomènes critiques.

Lorsque la méningite occupe la base du cerveau ou l'intérieur des ventricules, elle signale sa présence par quelques différences dans les symptômes qui l'accompagnent, ainsi que l'ont remarqué MM. Parent et Martinet. Alors il existe moins de délire; le malade conserve la presque intégrité de son intelligence; son attention est seulement diminuée, ainsi que les autres facultés intellectuelles. Il répond lentement, mais juste, aux questions qu'on lui adresse; la somnolence est presque continuelle, et le coma se manifeste promptement. D'ailleurs, la céphalalgie existe, mais principalement au-dessus des orbites; les pupilles se dilatent, et les yeux se dévient promptement de leur axe; les sens sont peu sensibles aux excitants qui leur sont propres : en général, les signes d'irritation, de surexcitation, sont moins prononcés que dans la précédente variété. Les autres phénomènes nerveux ont beaucoup d'analogie; il est inutile d'en refaire ici la longue énumération. Au reste, ces différences, qui attestent les progrès de la médecine dans la partie graphique des maladies, ne sont pas d'une grande importance dans le traitement qui leur convient.

Il n'en est pas de même de leur marche aiguë ou chronique; les moyens thérapeutiques ne pouvant être les mêmes, il importe de pouvoir les distinguer. Or, l'espèce chronique de la méningite se reconnaît autant à la lenteur de sa marche qu'au peu d'intensité des phénomènes morbides. Les troubles des appareils sensitifs et locomoteurs sont peu prononcés, et bien souvent l'intelligence est libre, à moins cependant que l'inflammation n'ait son siége sur les membranes de la convexité; alors au rapport de M. Bayle, qui a décrit cette variété de la méningite, le malade délire; et ce délire peu violent, quelquefois taciturne, roule en général sur des idées ambitieuses.

La méningite chronique succède ordinairement à la méningite aiguë; cependant il peut arriver que les symptômes présentent le caractère chronique dès l'invasion de la maladie. La céphalalgie est continue dans la plupart des cas; il existe de la somnolence, de l'hébétude, peu de capacité intellec-

tuelle, de la morosité; la parole est embarrassée, les idées confuses; quelquefois du délire, qui finit par devenir de la démence, une espèce d'idiotie acquise. Les mouvements sont lents et difficiles, les membres sont agités de mouvements involontaires et refusent leurs services : il est rare qu'il se manifeste des vomissements ou des mouvements convulsifs, les fonctions de la vie individuelle ne présentent de changements notables que dans les derniers temps de la maladie, et peu avant la mort des malades.

Avant de passer à l'examen des phénomènes organiques, nous devons faire remarquer de nouveau que la presque totalité des phénomènes morbides que nous venons d'exposer appartiennent au cerveau. En pourrait-il être autrement, puisque les membranes qui le recouvrent ne sont qu'une partie de l'encéphale, et doivent comme telles concourir aux mêmes fonctions? elles ne peuvent être isolées du cerveau, elles en sont une portion constituante. Elles n'ont point de fonctions distinctes, et leur usage n'est que de concourir à celles de l'encéphale; ainsi, bien que cet organe ne soit pas lésé, du moins sensiblement, les altérations des méninges ne doivent se manifester que par le dérangement des fonctions encéphaliques. On ne saurait nier que ces circonstances ne rendent très-difficile le diagnostic des méningites et de l'encéphalite; mais bien que des phénomènes fonc[illegible]els soient de la même nature, il doit y avoir [illegible]xiste en effet, comme nous venons de le voir, [illegible]s nuances capables de les distinguer.

Phénomènes organiques. Des traces irrécusables d'inflammation se rencontrent sur divers points des membranes cérébrales, et ces traces présentent un aspect très-varié, suivant la durée de la maladie, suivant son siége, etc. L'injection des méninges est manifeste dès les premiers jours de l'inflammation, mais cette injection offre un caractère particulier, et qui diffère essentiellement de l'injection pléthorique sans travail inflammatoire. Dans les congestions cérébrales on trouve les vaisseaux gorgés de sang; on peut en suivre les diverses ramifications. Lorsqu'un individu a succombé à une affection du cœur, il arrive fréquemment que les vaisseaux des membranes cérébrales sont prodigieusement gorgés d'un sang noir; lorsqu'on est peu exercé aux investigations cadavériques, il est très-facile de prendre ces états organiques pour des effets de l'inflammation : cette méprise est d'autant plus facile dans ces derniers cas, que l'on rencontre souvent une quantité notable de sérosité épanchée entre la pie-mère et l'arachnoïde, phénomène qui se présente aussi dans la méningite; mais la circonstance de la maladie du cœur et l'absence des signes de la méningite doivent mettre à l'abri de l'erreur. Lorsqu'on détache du cerveau les deux membranes dont nous venons de parler, elles forment une plaque d'un rouge bien plus intense que lorsqu'on les examine sans les détacher : ce qui a lieu dans les cas de congestion et dans ceux d'inflammation, sans doute parce que les vaisseaux sont alors moins séparés, plus rapprochés les uns des autres.

L'injection inflammatoire est uniforme; on dirait que la membrane est imprégnée de sang. Au bout de quelques jours l'arachnoïde perd de sa transparence, et plus tard elle paraît plus consistante; elle se déchire avec moins de facilité, mais je doute qu'elle augmente réellement d'épaisseur ainsi qu'on l'a écrit. L'augmentation d'épaisseur de la plèvre est tout-à-fait illusoire; elle se forme au moyen de l'organisation de la fausse membrane superposée; et lorsqu'on détache celle-ci, la première reprend son état primitif et presque sa transparence.

Dans les premiers jours, les membranes sont sèches; elles sont intimement appliquées sur les circonvolutions, et quelquefois y adhèrent fortement, au point qu'on ne peut les enlever sans emporter une portion de la substance corticale. Il est évident que dans ce cas il existe véritablement une encéphalite.

Plus tard, une exsudation séreuse a son siége entre la pie-mère et l'arachnoïde. Cette exsudation présente alors l'aspect d'une véritable gelée; mais lorsqu'on déchire l'arachnoïde, on voit le fluide s'épancher au dehors, et ce fluide est bien une véritable sérosité : il est quelquefois trouble, ce qui provient d'un mélange avec une certaine quantité de pus. Ce fluide, en quantité variable, se trouve aussi dans les ventricules et à la base du crâne. On trouve aussi du pus véritable dans l'intervalle des circonvolutions : ce pus est opaque, verdâtre, plus ou moins épais. Cette circonstance a fait dire à quelques auteurs que l'inflammation frappait plus souvent la pie-mère que l'arachnoïde; mais nous avons aussi rencontré de la suppuration sur la surface libre de cette dernière membrane, nous y avons observé de véritables concrétions *fibrineuses, pseudo-membraneuses.* D'ailleurs, si nous avons réuni les deux maladies sous le rapport des phénomènes fonctionnels, nous croyons peu important de les séparer pour les phénomènes organiques.

Le liquide épanché n'est pas toujours de la sérosité, de la sérosité purulente ou du pus : il présente quelquefois un aspect rougeâtre, qu'il tient évidemment de son mélange avec une certaine quantité de sang. J'ai beaucoup de peine à croire que cette sérosité sanguinolente soit le résultat de l'exhalation morbide; je pense qu'elle est plutôt due au déchirement des vaisseaux, qui, étant gorgés de sang, la laissent échapper et se mêler avec la sérosité qui existe. Les adhérences ligamenteuses sont rares; on les observe néanmoins quelquefois. Les surfaces lisses de l'arachnoïde peuvent être rugueuses, et présenter une multitude de granulations transparentes ou jaunâtres, et parfois brunâtres. Ces dernières altérations, ainsi que les plaques nacrées, opaques, circonscrites, qui sont quelquefois parsemées sur divers points de cette membrane, sont le résultat d'une inflammation ancienne ou chronique.

Les altérations que nous venons de signaler se rencontrent le plus ordinairement sur la convexité des lobes cérébraux, puis sur leur face inférieure, puis dans les ventricules, enfin dans la face interne qui correspond à la faux de la dure-mère, etc.

Encéphalite.

Les maladies de l'encéphale ont attiré, dans ces derniers temps, l'attention des médecins, au moins à l'égard des maladies des autres viscères. L'ouvrage que nous avons publié sur cette matière n'a peut-être pas été tout-à-fait étranger à cette direction des esprits; et c'est sans doute ce qu'il a produit de mieux, puisqu'il a été l'occasion d'une multitude de bons livres sur ce sujet.

Un grand nombre de jeunes auteurs de beaucoup de talent se sont exercés avec distinction sur les maladies du cerveau, et ont publié des écrits qui ont jeté beaucoup de lumières sur les affections. Lorsque nous fîmes paraître nos recherches sur les maladies cérébrales, elles étaient couvertes de ténèbres profondes, et nous n'étions parvenu au ré-

sultat que nous fîmes connaître qu'après plus de dix ans de méditation. Sans doute notre ouvrage n'était pas parfait, et l'on pouvait ajouter beaucoup à l'histoire de ces maladies; cependant les additions qu'on a cru pouvoir y faire sont plus ingénieuses que précises.

Nous n'avons pas moins vu avec plaisir les travaux de ces auteurs : les efforts que l'on fait pour perfectionner un point de médecine sont toujours dignes d'éloges. Nous pensons cependant que ces auteurs se sont mépris fréquemment; et cela ne peut-être attribué qu'à ce qu'ils n'ont pas vu, suivi, traité un assez grand nombre de malades. Avec de l'esprit et de la prévention, on peut, au moyen d'observations communiquées, soutenir avec un succès apparent tel système qu'on voudra; mais tous ces prestiges s'évanouissent devant le flambeau de la nature.

L'idée dominante de ces divers écrits, idée puisée d'ailleurs dans le système de M. Broussais, c'est que toutes les altérations pathologiques trouvées dans l'encéphale ne sont que des nuances de l'encéphalite. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet, en exposant sans détour, dans toutes leur force, les arguments dont ces auteurs s'appuient pour soutenir leur opinion. Nous allons d'abord décrire les principaux phénomènes de l'encéphalite.

Ils offrent avec ceux de la méningite la plus grande ressemblance; et cela même prouve l'excellence de la médecine organique, puisque les deux maladies présentent aussi la plus parfaite similitude dans leur nature. L'une et l'autre, étant des inflammations, doivent donner des signes généraux de réaction et de surexcitation; l'une et l'autre, attaquant directement ou indirectement l'encéphale, doivent produire des phénomènes encéphaliques. Nous avons vu que la méningite ne se manifestait à nos sens que par des altérations des fonctions célébrales; ce qu'elle fait de deux manières, soit en gênant les mouvements, les actes de l'encéphale qu'elle est chargée de favoriser, soit en communiquant son inflammation à la substance même de ce viscère, auquel elle est contiguë. Mais cette disposition organique doit apporter quelques nuances dans le développement des symptômes; c'est aussi ce qu'on remarque. Nous verrons, en effet, que dans l'encéphalite les mouvements sont souvent le siége des phénomènes morbides; qu'ils le sont ordinairement d'une manière partielle, tandis que, dans la méningite, ou ils le sont peu, ou ils le sont d'une manière générale; que, lorsqu'ils le sont partiellement, il existe alors une complication d'encéphalite, et que, lorsque dans l'encéphalite ils sont pris d'une manière générale, la maladie a ordinairement commencé par les méninges.

Signes locaux. — Phénomènes fonctionnels immédiats. L'encéphale ayant pour fonctions les sensations, l'intelligence, le moral, le sentiment et le mouvement, il est évident que c'est encore dans cette quadruple série d'actes fonctionnels qu'on devra trouver les caractères morbides de la maladie qui nous occupe. On concevra que ces phènomènes devront varier sous les rapports de leur siége, de leur marche, de leur intensité, selon le siége, l'étendue, le mode de l'altération organique.

Lorsque l'encéphalite est générale, elle offre la même suite de phénomènes fonctionnels, la même marche les mêmes périodes que la méningite; il est très-vraisemblable que, dans ce cas, les deux maladies coexistent, et que ce sont les membranes qui se sont emflammées les premières.

Cependant, lorsque la masse encéphalique est enflammée, les signes du coma, la résolution des membres se montrent beaucoup plus tôt; la maladie paraît se développer avec une plus grande rapidité; les signes de surexcitation se montrent à peine, et quelquefois pas du tout.

Cette différence s'explique très-bien, en ce que, dans la méningite, le cerveau n'étant que secondairement et légèrement affecté, il peut encore exercer ses fonctions, bien que d'une manière anormale, tandis que, dans l'encéphalite générale, l'altération organique, étant très-profonde, doit nécessairement suspendre les mouvements fonctionnels de ce viscère.

Le malade, après avoir éprouvé un frisson qui signale, ainsi que nous l'avons vu, le début de la plupart des inflammations, perd quelquefois connaissance; mais il arrive ordinairement que ce début est lui-même précédé de quelques phénomènes importants. Une douleur de tête fixe et opiniâtre inquiète, tourmente le malade; des picotements, des fourmillements, des engourdissements, de la gêne dans les mouvements, de la diminution dans la sensibilité, et parfois de l'exaltation dans cette fonction; des éblouissements, des tintements d'oreilles, des vertiges, de l'excitation dans l'intelligence, de l'insomnie autres signes analogues se font remarquer pendant un temps plus ou moins long. Je crois qu'ils sont le résultat d'une congestion locale, d'un travail qui commence, mais que *l'inflammation n'est point déclarée.* Dans le cas d'encéphalite, ces signes précurseurs sont accompagnées des signes généraux de pléthore : le pouls est fort, développé; la face colorée, la peau chaude, etc. Les mêmes signes précurseurs s'observent aussi dans le ramollissement non inflammatoire; mais alors le pouls n'offre aucun développement; la peau est froide, décolorée; la face est pâle, etc. Ils annoncent aussi un travail commençant, et qui n'est pas assez profond encore pour ne pas disparaître.

Après avoir éprouvé le frisson dont nous venons de parler, les phénomènes fonctionnels se prononcent davantage. Les plus intéressants parmi eux sont ceux que présente la locomotion. C'est alors que se montrent la carphologie, les soubresauts des tendons, les convulsions, les crampes, les contractures, les paralysies. Mais ces signes de la locomotion mettent un certain ordre dans leur développement; et bien qu'on puisse les observer quelquefois sans cet ordre, dans les cas les plus fréquents, les spasmes cloniques ou toniques se manifestent les premiers; et plus tard, lorsque la désorganisation est plus avancée, dès qu'un épanchement consécutif a lieu, la paralysie, la résolution des membres surviennent. Lorsque l'encéphalite est générale, ces phénomènes se montrent dans tous les membres à la fois; lorsqu'elle est locale, on ne les observe que dans certains d'entre eux, ce qui varie suivant le siége de l'altération organique. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit à ce sujet au commencement de cet ouvrage. On peut voir à l'article *Paralysie*, etc., quel est le siége des altérations morbides qui occasionnent les phénomènes fonctionnels dont nous venons de parler.

Les convulsions, les spasmes, la paralysie, frappent aussi les muscles de la face; les paupières sont serrées, contractées, ou tombent; les commissures des lèvres sont tirées d'un côté, soit par la contraction convulsive des muscles, soit par leur contraction naturelle, lorsque leurs antagonistes sont paralysés, etc.

Les membres sont souvent très-douloureux. Lorsqu'on veut redresser ceux qui sont contractés, les

malades poussent des cris, ce qui arrive quelquefois aussi lorsqu'on change simplement le malade de place.

C'est une erreur de croire que les facultés intellectuelles ne sont pas altérées dans l'encéphalite locale. Les observateurs les moins attentifs peuvent reconnaître un état insolite très-marqué dans l'intelligence. Les réponses, à la vérité, peuvent être justes, mais ou elles sont brusques, rapides, ou elles viennent avec une lenteur remarquable. L'hémisphère sain pouvant remplacer l'hémisphère malade, il peut arriver qu'il n'existe pas de délire; mais cette explication, quoique satisfaisant assez l'esprit, n'empêche pas que dans la majorité des cas, lorsque la portion encéphalique qui préside à l'intelligence est altérée, il n'y ait réellement altération notable dans l'intellect ou le moral. Le délire est surtout remarquable dans les premiers jours de l'affection; il disparaît bientôt pour faire place au coma. Il a lieu également dans l'encéphalite générale et dans l'encéphalite locale.

Les sens sont le siége de phénomènes morbides variés; leur exaltation se montre dans le premier degré d'accroissement, ce qui arrive surtout dans l'arachnitis et dans l'encéphalite générale. La lumière la moins vive, le bruit le plus léger, sont insupportables; mais lorsque la maladie a son siége dans le centre où le sang transmet son impression, il y a alors trouble plus ou moins considérable de ce sens, et quelquefois même perte complète de sa friction. La lumière cesse de faire impression sur l'un des deux yeux, dont la pupille est alors dilatée et immobile : l'oreille est de même insensible aux sons; ainsi pour les autres sens. Le sommeil est nul, ou bien il existe une somnolence intermédiaire entre le sommeil et la veille, et qui ne permet ni l'un ni l'autre.

Au bout d'un temps variable, un, deux, trois ou quatre jours, quelquefois plus tard, les signes que nous venons d'exposer changent de nature. L'altération locale fait des progrès, désorganise de plus en plus la portion malade de l'encéphale; il survient d'ailleurs très-souvent une abondante exhalation de serosité, de sorte que des signes de compression succèdent aux précédents. Les convulsions, les spasmes font place à la résolution des membres, à leur immobilité; il arrive aussi que les sens sont frappés de paralysie, et cela non seulement dans celui qui correspond à la lésion, mais dans les deux à la fois, parce qu'à cette époque le côté du cerveau resté sain se trouve comprimé par l'exhalation séreuse, ou par le boursouflement de l'hémisphère malade. La sensibilité se perd de jour en jour, et finit par s'abolir complètement; l'intelligence s'engourdit, s'oblitère pour ainsi dire; enfin le malade tombe dans un coma profond, et devient entièrement insensible aux agents extérieurs.

Pour ce qui est du diagnostic local de la maladie qui nous occupe, ainsi que des autres affections du cerveau, c'est-à-dire pour ce qui concerne les modifications apportées dans les phénomènes morbides fonctionnels par le siége de la lésion organique, nous croyons devoir encore renvoyer le lecteur à ce que nous en avons dit précédemment. Il y verra quels sont les signes qui caractérisent l'altération d'un lobe du cerveau, de ses parties antérieures, moyennes, postérieures; quels sont ceux qui accompagnent la lésion du cerveau proprement dit, celles du cervelet; quels sont les signes de l'affection de la substance blanche, ceux de la substance grise, ceux du mésocéphale, etc.; ou bien quelles sont les altérations qui correspondent aux dérangements fonctionnels des deux côtés du corps, des bras, des jambes, des sens, de la langue, de l'intelligence, etc.; du moins l'état actuel de la science sur chacun de ces sujets.

Signes généraux. — Phénomènes fonctionnels médiats de l'encéphalite. Quoiqu'on ne doive pas baser un diagnostic sur les phénomènes généraux, cependant, comme tous les organes exercent les uns sur les autres une influence plus ou moins marquée, il peut arriver qu'il survienne des phénomènes secondaires très-propres à caractériser certaines affections. L'encéphale, par la multitude et l'importance de ses rapports, est bien certainement celui de tous les organes qui influe le plus puissamment sur les autres, et par conséquent celui dont les lésions doivent le plus modifier les actes des autres viscères.

Dans les premiers jours d'une encéphalite, la face est colorée, les yeux sont brillants et animés, leur expression est insolite et nullement en rapport avec les objets environnants; les artères temporales battent avec force ainsi que les carotides; la soif est vive, l'appétit nul; la langue est blanche, sale, rouge sur ses bords et à sa pointe; il existe des nausées et même des vomissements; la peau est chaude, *le pouls* plus ou moins *fort et fréquent,* la respiration accélérée. Plus tard, vers le déclin de la maladie, la scène change; la physionomie exprime le chagrin, la douleur; la face est décolorée, abattue, les yeux ternes, à demi clos; la soif est nulle, la déglutition difficile, impossible, bruyante; le vomissement ne peut être provoqué qu'avec peine, le ventre se météorise, la défécation est involontaire ainsi que l'excrétion des urines; quelquefois elles s'accumulent dans la vessie, et le malade les laisse échapper par regorgement. La peau est froide ou couverte de sueur, alternativement; le pouls est inégal, irrégulier, variable; la respiration gênée, stertoreuse; enfin, toutes ces fonctions finissent, dans les cas les plus fréquents, par ne pouvoir plus s'exécuter, et le malade succombe. Dans les cas plus rares, elles reprennent graduellement leur type normal, et cela d'une manière plus ou moins rapide, avec ou sans phénomènes qu'on puisse regarder comme critiques.

Phénomènes organiques. Lorsque la mort a mis un terme à l'encéphalite, on trouve dans le cerveau une multitude d'altérations qui varient suivant l'époque, l'*âge de la maladie,* suivant leur siége, leur nombre, leur étendue, leur couleur, leur consistance, enfin suivant leurs diverses qualités physiques.

Si le malade meurt dans les premiers jours de la maladie, l'encéphale et son enveloppe peuvent présenter l'aspect que nous avons décrit en parlant de la congestion cérébrale.

Plus tard, l'altération n'est plus bornée à une simple injection plus ou moins prononcée de la substance cérébrale ou des membranes, il existe une véritable désorganisation. Cette désorganisation est générale lorsque ces signes ont fait connaître une encéphalite de cette nature; mais dans ce cas-là même la lésion est plus prononcée dans quelques points que dans les autres.

La substance cérébrale est ordinairement ramollie; elle a perdu sa consistance normale dans une étendue plus ou moins considérable, et pourtant dans un espace circonscrit, déterminé; elle reprend sa consistance immédiatement après. L'endroit malade est d'une couleur rosée ou rouge; lorsqu'elle est lie de vin, il est évident pour nous que ce mélange de sang avec la pulpe cérébrale n'est pas le résultat de l'inflammation, mais bien l'effet d'une hémorrhagie

avortée ou d'une disposition scorbutique. Dans ce cas, en effet, il n'a existé aucun phénomène précurseur, ou nulle réaction, et le malade peut offrir les symptômes du scorbut.

Quelquefois, lorsque la lésion est extérieure, la pie-mère et l'arachnoïde adhèrent à la pulpe encéphalique, qu'elles emportent avec elles lorsqu'on veut les séparer du cerveau. Lorsqu'on veut couper la portion ramollie, on ne peut obtenir qu'une surface inégale et des angles arrondis, tandis que si l'on fait la même opération sur un endroit sain, les angles sont bien prononcés et les surfaces lisses et polies. Cette consistance morbide varie depuis un degré peu différent de la fermeté naturelle, jusqu'à celle d'une bouillie un peu épaisse. Nous ne savons pas par quel procédé la nature produit ce ramollissement; il est bien vraisemblable que ce n'est que par le mélange d'une partie fluide à la partie solide; mais est-ce du pus, ainsi qu'on l'a prétendu? Nous ne le pensons pas : lorsque la couleur de la substance est encore rosée ou rouge, ce ne peut être ce fluide, ce serait plutôt une certaine quantité de sang très-ténu et à peine coloré, tel qu'il circule dans les capillaires.

La partie malade est ordinairement boursoufflée, augmentée de volume; ce qu'on reconnaît très-bien lorsqu'elle occupe les circonvolutions, et ce qui explique parfaitement les accidents de compression que l'on observe souvent.

La substance corticale est fréquemment le siége de l'altération dont nous parlons; les corps cannelés, les couches optiques en sont aussi très-souvent atteints; enfin la substance blanche des lobes, puis les parties centrales du cerveau; enfin le cervelet, etc.

Dans une période plus avancée, il n'est pas rare de rencontrer du pus, soit infiltré dans la substance cérébrale elle-même, soit réuni au foyer plus ou moins considérable. Ce pus siége le plus ordinairement dans l'intervalle des circonvolutions : lorsqu'il est réuni en foyer, et qu'il a séjourné pendant un certain temps dans la substance cérébrale, il paraît quelquefois renfermé dans de véritables kystes : la couleur, la consistance et la quantité du fluide sont extrêmement variables.

Il n'est pas douteux que, comme les autres inflammations, celle du cerveau ne puisse se terminer par la gangrène de la partie malade; mais les caractères de cette gangrène n'ont pas encore été rigoureusement déterminés. Il est vraisemblable que les anciens appelaient *sphacelismus* tous les ramollissements. Si la gangrène du cerveau peut être la suite de l'encéphalite, il n'est pas déraisonnable de penser que cette désorganisation ne puisse survenir aussi, dans l'encéphale, sans inflammation préalable, comme cela arrive pour la gangrène sèche sénile des extrémités. Ne serait-ce pas à une altération semblable qu'on devrait rapporter certains ramollissements véritablement atoniques? C'est notre opinion. L'encéphalite peut se terminer aussi par induration de la substance cérébrale, du moins si l'on en croit les auteurs, et si on s'en rapporte à l'analogie. Mais les indurations trouvées jusqu'à ce jour appartenaient à des individus dont on n'avait pas observé l'encéphalite pendant la vie; de sorte qu'il y a encore quelques doutes répandus sur ce sujet.

On a prétendu que toutes les productions accidentelles n'étaient que des formes de l'encéphalite. Je crois cette assertion fort exagérée. Je pense que l'inflammation peut en favoriser le développement; mais je crois qu'il existe une disposition spéciale, qui établit une différence capitale entre ces productions et les inflammations pures. Nous reviendrons bientôt sur ce point important.

Encéphalite chronique.

L'inflammation du cerveau est-elle susceptible de passer à l'état chronique? Lorsqu'un organe si essentiel à la vie est profondément altéré, celle-ci peut-elle continuer de s'exercer? Le ramollissement non inflammatoire ne serait-il que le mode chronique de l'encéphalite?

Le ramollissement cérébral non inflammatoire marche, dans les cas les plus ordinaires, avec une effrayante rapidité, et les altérations organiques qu'il laisse après lui ne ressemblent en rien à celle que produit ordinairement l'inflammation, comme nous allons le voir tout à l'heure.

L'encéphalite chronique peut cependant exister; mais alors elle n'est point primitive, elle accompagne ou une hémorrhagie cérébrale, qui, n'étant pas parfaitement résolue, détermine une inflammation consécutive dans les parois du foyer, où elle se montre à la suite d'un tubercule, d'un cancer ou de toute autre production accidentelle. Les caractères de cette inflammation sont alors identiques à ceux que nous venons d'exposer, sauf la lenteur de leur marche, et les circonstances qui précèdent leur développement.

Nous ne sachions pas d'ailleurs que l'encéphalite idiopathique soit susceptible de passer à l'état chronique, à moins qu'on ne veuille considérer comme dépendantes de cette maladie une multitude d'aliénations mentales, de paralysies graduelles et générales, etc. Mais malgré les probabilités tirées de l'analogie, et les raisonnements les plus spécieux, nous avouerons que l'anatomie pathologique n'a point encore suffisamment éclairé ce point de doctrine médicale. Nous n'en devons pas moins beaucoup de reconnaissance aux auteurs qui ont cherché à jeter quelque lumière sur le sujet dont nous parlons : c'est le seul moyen de parvenir à une thérapeutique rationnelle. En effet, lorsqu'on saura d'une manière précise quelle est la nature de l'altération qui produit l'aliénation mentale, ne sera-t-on pas conduit à un traitement avoué par la raison? Faisons donc des vœux pour que les travaux de MM. Georget, Foville, Delaye, et autres médecins distingués, se trouvent confirmés par des faits ultérieurs, et applaudissons à leurs efforts.

Ramollissement du cerveau.

Quelques personnes trouveront sans doute étonnant que nous conservions encore la dénomination de ramollissement du cerveau, et surtout que nous en fassions un article séparé de l'encéphalite. Elles penseront sans doute que nous aurions dû nous rendre aux raissonnements par lesquels on a cherché, dans ces derniers temps, à rattacher cette lésion à l'inflammation de la pulpe cérébrale.

Nous déclarons d'abord que ce n'est nullement par esprit d'opposition ni par opiniâtreté que nous persistons à reconnaître une différence entre ces deux affections. Nous avouons volontiers que nous avons trouvé beaucoup de talent dans les ouvrages où l'on s'est proposé de prouver que telle était la nature de cette altération pathologique. Nous avouerons que les raisonnements et les preuves sur lesquels ces auteurs estimables se sont appuyés nous ont convaincu que le ramollissement du cerveau était *très-souvent* inflammatoire, et c'est ce que nous avons avoué déjà dans la dernière édition de notre

Traité sur cette maladie. En effet, cette maladie cérébrale présente fréquemment ce caractère; quelquefois même, lorsqu'elle n'offre pas des signes évidemment inflammatoires, on peut encore croire qu'elle est le résultat d'une phlegmasie *chronique*. Mais ces aveux, faits avec une franchise qui doit prouver que nous ne tenons nullement à notre manière de voir, mais seulement à la vérité, doivent donner, ce nous semble, quelque poids à notre persistance à reconnaître un ramollissement non inflammatoire, et qui survient très-souvent chez les vieillards.

Dans les premiers temps que nous nous livrions à nos recherches sur les maladies de l'encéphale, et en particulier sur celle qui nous occupe, nous fûmes d'abord frappé d'une lésion nouvelle du cerveau, dont le caractère principal était la mollesse de la pulpe encéphalique. Nous dûmes ensuite chercher quels étaient les signes qui pourraient faire reconnaître cette lésion, et nous parvînmes à les établir d'une manière assez certaine, et à les distinguer d'autres phénomènes cérébraux. Dans cet état de choses, sans vouloir préjuger la nature de cette altération, nous dûmes lui donner, ou, si l'on veut, lui laisser le nom qui désignait son principal caractère. Depuis on a établi que cette lésion était toujours le résultat d'un travail phlegmasique; mais je crois que ces auteurs n'ont pas vu assez de cas par eux-mêmes, et je suis convaincu qu'ils auraient reconnu comme nous l'existence d'un ramollissement non inflammatoire, s'ils en eussent observé davantage.

Le ramollissement de la pulpe cérébrale doit être le résultat d'un travail inflammatoire, 1°, lorsque la couleur de la portion malade est rosée; 2°, lorsqu'elle contient une certaine quantité de pus; 3°, lorsque pendant la vie il existe des phénomènes fébriles.

Il ne nous paraît pas avoir ce caractère, 1°, lorsque la couleur de la portion altérée est plus blanche que dans l'état naturel, et qu'on ne peut attribuer cette blancheur au mélange intime de pus avec la substance cérébrale, ce qui est très-fréquent; 2°, lorsque l'injection sanguine est manifeste par une multitude de points dans l'endroit malade, ou même par de véritables ecchymoses; dans ces deux cas le ramollissement peut être l'effet d'un effort hémorrhagique avorté, qui n'est pas produit par l'irration, tel par exemple que celui que détermine dans les autres organes une disposition scorbutique; 3°, lorsque, pendant la vie, il n'a existé aucun phénomène fébrile qui ait pu faire soupçonner l'existence d'une irritation, et qu'au contraire tous les phénomènes ont fait reconnaître un état scorbutique ou un état hyposténique incontestable. Je n'ignore pas qu'on m'objectera que dans ces cas le ramollissement offrait le caractère chronique; mais si l'on admet un état scorbutique dans les organes, si l'on admet une grangrène sénile, si l'on admet des maladies hyposténiques, et même des altérations de nutrition, ce qui est en effet reçu dans la nouvelle doctrine, je ne vois pas du tout pourquoi l'on rejetterait une altération cérébrale de cette nature, surtout lorsque pendant la vie tous les phénomènes morbides généraux sont ceux qui accompagnent ces maladies.

Ce que nous disons dans ce moment est loin d'être une simple discussion scolastique; elle est véritablement pratique, puisqu'elle conduit d'une manière inévitable aux indications thérapeutiques, et qu'elle ne tend à rien moins qu'à faire adopter des méthodes de traitement entièrement opposées.

La variété non inflammatoire est bien plus fréquente chez les vieillards que l'autre, ce qui tient sans contredit à l'âge des malades, qui, comme on sait, ne dispose pas à l'hypersthénie.

Les phénomènes fonctionnels locaux sont à peu près les mêmes dans l'un ou l'autre ramollissement, à quelques nuances près dans la rapidité de la marche de la maladie et de l'intensité que nous ferons connaître. Il ne saurait en être autrement, puisque, la maladie attaquant les mêmes parties, il doit en résulter une même altération fonctionnelle. Mais il n'en est pas de même des phénomènes généraux : ici se trouve la véritable différence.

Les signes locaux indiquent quel est l'organe malade ou même l'étendue de la patrie affectée, etc.; les phénomènes généraux font reconnaître quelle est la manière dont ils sont affectés. Nous ne devons parler en ce moment que du ramollissement non inflammatoire, afin de mieux faire sentir les traits qui le distinguent de l'autre.

Phénomènes fonctionnels immédiats. La maladie dont nous parlons se développe avec lenteur. On peut lui distinguer deux périodes, et cette distinction est de la plus haute importance pour le diagnostic, puisque, lorsque la première période n'a pas existé, ou que le médecin n'en a pas connaissance, il lui est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître l'espèce d'affection qui existe. Cette *première période* est caractérisée par une douleur de tête fixe plus ou moins forte. Ce phénomène paraîtra à quelques personnes le signe pathognomonique d'un état inflammatoire, nous ne l'ignorons pas; mais nous pensons qu'il est beaucoup de douleurs qui n'appartiennent pas à des inflammations, et il suffit pour nous qu'il y ait une altération quelconque dans le tissu d'un organe, pour admettre qu'il peut et même qu'il doit y survenir de la douleur. Cette céphalalgie n'existe pas toujours. On remarque à cette époque des vertiges et une diminution plus ou moins sensible des facultés intellectuelles et morales. Les perceptions, le jugement, l'attention, la mémoire, l'imagination, sont plus ou moins affaiblis : le malade tombe dans une espèce de démence sénile; quelquefois ils le sont peu, ce qui dépend alors du siége de l'altération. On observe de la lenteur dans les réponses, un embarras manifeste dans la langue, de l'abattement, de la tristesse, de l'hypocondrie, ou une extrême indifférence; de la tendance au sommeil, des fourmillements, des picotements, des engourdissements dans l'un des membres, une grande difficulté à saisir les objets, surtout ceux d'un petit volume. La sensibilité est ordinairement diminuée; la vision éprouve quelques modifications; elle est moins nette dans l'état ordinaire; il existe parfois une cécité complète. Il est rare, à cette période, qu'il y ait dilatation inégale des pupilles ou strabisme. Des modifications analogues se rencontrent dans l'ouïe, qui, dans cette espèce de ramollissement, est ordinairement diminuée. Tels sont les principaux phénomènes locaux qui signalent l'imminence du ramollissement non inflammatoire.

Si le ramollissement est inflammatoire, cette période est moins lente, et présente aussi quelques différences importantes. La douleur de tête est plus vive, plus aiguë; les réponses sont brusques; il existe souvent du délire. La sensibilité des membres est souvent exaltée; le malade y éprouve des douleurs plus ou moins violentes, ils sont quelquefois déjà raides et contractés. Les douleurs des membres ne sauraient être confondues avec celle du rhumatisme : d'abord, à cause des phénomènes cérébraux qui existent; en second lieu, parce qu'on n'observe ni chaleur, ni rougeur, ni tuméfaction. Les sens sont

ordinairement d'une sensibilité excessive, et ne peuvent supporter leurs excitants naturels.

Phénomènes fonctionnels médiats. Les fonctions de la vie individuelle ne présentent rien de constant; par conséquent elles ne fournissent aucun signe important relativement au diagnostic. L'appétit peut être diminué, la soif plus ou moins vive, la digestion plus ou moins pénible, la bouche pâteuse, la langue blanche, il peut même exister des nausées, des vomissements, de la sensibilité à l'épigastre ainsi que dans le reste de l'abdomen : il peut y avoir dévoiement ou constipation, mixtion plus ou moins difficile et quelquefois involontaire; ou bien ces symptômes peuvent ne pas exister du tout. Nous pouvons en dire autant de la circulation et de la respiration; le pouls est plus rare, plus lent, plus faible que dans l'état normal, et cette circonstance est un bon moyen de distinguer le ramollissement inflammatoire de celui qui ne l'est pas. La peau est pâle, et souvent au-dessous de la température naturelle.

Si le ramollissement est inflammatoire, le pouls est fort, fréquent; la peau chaude, la soif vive, etc.

Jusqu'ici ces phénomènes locaux et généraux n'ont pas présenté un développement considérable; ils peuvent même avoir été si légers, si obscurs, que les malades ne s'en soient pas plaints.

Deuxième période. — Phénomènes fonctionnels immédiats. Maintenant le malade perd l'usage de quelque membre, ou même de la moitié du corps, tout-à-coup ou graduellement; mais ordinairement avec une rapidité remarquable. La plupart du temps l'intelligence reste libre; toutefois le malade met une lenteur extrême dans ses réponses : ce n'est que par des gestes pénibles qu'il fait entendre qu'il a conçu. Dans certains cas, le coma est complet. Si le coma et la paralysie sont survenus tout-à-coup, le malade reprend ordinairement connaissance le lendemain de l'accident. On doit attribuer cela à la complication d'une congestion cérébrale. Bientôt les accidents augmentent de nouveau d'une manière sensible; l'intelligence et les fonctions des sens s'abolissent entièrement; le malade tombe dans le coma parfait; les membres deviennent immobiles, et la mort arrive.

Dans le ramollissement inflammatoire, au lieu de paralysie, il existe des douleurs, des élancements plus ou moins vifs dans les membres, de la contracture, des convulsions, une céphalalgie plus ou moins intense. Dans l'un et l'autre cas, lorsqu'il y a douleur de tête, si l'on demande au malade quel lieu occupe cette douleur, il porte lentement à la tête le membre resté sain, et indique ordinairement le côté opposé à la paralysie.

Dans l'encéphalite il y a souvent du délire; dans le ramollissement qui nous occupe, les facultés intellectuelles sont affaiblies, la face est ordinairement pâle et décolorée; elle est rouge et plus ou moins injectée dans le ramollissement inflammatoire.

Phénomènes fonctionnels médiats. Il se manifeste dans cette deuxième période des changements plus ou moins profonds dans les fonctions individuelles. L'appétit est nul; les dents sont sèches, la langue rugueuse, gercée, fendillée, brune, noirâtre, noire; la déglutition pénible, enfin impossible; le malade fait des efforts impuissants pour avaler, et les liquides, en tombant dans le pharynx, font entendre un bruit alarmant. Quelquefois il existe des vomissements de matières alimentaires, puis de bile; l'excrétion de l'urine et des matières fécales est involontaire, souvent il y a constipation; la respiration est gênée; vers la fin, elle devient stertoreuse; le pouls est faible, souvent irrégulier, intermittent; la peau froide.

Dans le ramollissement inflammatoire il y a soif ardente, rougeur de la langue, sensibilité assez vive de l'épigastre et de l'abdomen, peau chaude, pouls fort et fréquent, etc.

Cette seconde période peut être plus ou moins longue. Les phénomènes morbides, après être restés stationnaires pendant un certain temps, font des progrès plus ou moins rapides jusqu'à la mort. D'autres fois, dès le commencement, la progression croissante se fait apercevoir; rarement observe-t-on des signes rétrogrades. La marche de la maladie est essentiellement continue et toujours croissante.

Phénomènes organiques. Les lésions organiques qu'on rencontre après la mort varient selon leur degré de consistance, leur couleur, leur siége, leur étendue et leur nombre. Les membranes sont presque toujours infiltrées de sérosité, et présentent un aspect gélatineux. Cet épanchement, ici comme ailleurs, doit être considéré comme un effet consécutif, mais il n'en contribue pas moins aux phénomènes comateux que l'on observe vers la fin de la maladie. Lorsque le ramollissement est inflammatoire, les membranes sont quelquefois sèches, rouges, injectées; dans certains cas, elles sont même couvertes de suppuration, et adhèrent avec la portion cérébrale ramollie. La consistance du cerveau offre tous les degrés, depuis la bouillie la plus légère jusqu'à la fermeté naturelle à cet organe; l'état moyen est le plus fréquent. Lorsque la mollesse est peu prononcée, pour la reconnaître il faut qu'il y ait en même temps changement de couleur. Cette couleur est rosée, rouge, jaune, verdâtre, dans les divers degrés de l'inflammation; elle est lie de vin dans les ecchymoses scorbutiques et dans les efforts hémorrhagiques avortés; elle est enfin d'un blanc de lait pur dans des cas où il n'a existé aucun symptôme inflammatoire. Le ramollissement peut être superficiel ou profond. Dans le premier cas, les circonvolutions sont déformées, boursoufflées, arrondies, dans une étendue variable; la substance corticale s'enlève au moindre frottement. Dans le second cas, le ramollissement peut occuper tous les points du cerveau; mais les couches optiques, les corps striés, le lobule moyen, en sont le plus souvent le siége. Il peut être plus ou moins étendu; il peut occuper un espace de la grosseur d'une fève de haricot, ou un hémisphère tout entier; on a même cité des exemples de cerveaux entièrement ramollis. L'altération est ordinairement unique, quelquefois cependant les deux hémisphères sont affectés; enfin on rencontre, dans certains cas, une multitude de points ramollis. Ils sont alors violets, ecchymosés, semblables en tout à des taches scorbutiques. Les ventricules contiennent ordinairement une quantité notable de sérosité, et qui a dû en imposer pour une hydrocéphale. Les artères du cerveau sont fréquemment ossifiées.

Hémorrhagie cérébrale.

Rien ne facilite davantage le diagnostic des hémorrhagies cérébrales que la division en trois degrés que nous avons admise. La distinction de ces trois degrés, fondée sur des recherches d'anatomie morbide, sur l'étendue de l'altération organique, est bien plus positive que la même division adoptée par les médecins de l'antiquité; division qui ne pouvait être appuyée que sur l'observation des symptô-

mes, et par conséquent qui ne pouvait être que vague, incertaine, et partant peu utile.

Les phénomènes morbides fonctionnels sont tellement différents dans ces trois degrés de l'hémorrhagie cérébrale, qu'on pourrait à bon droit les prendre pour trois maladies différentes. Nous avons dit ailleurs que la nature ne s'astreignait nullement à nos divisions arbitraires, et qu'elle offrait presque aussi souvent les degrés intermédiaires que ceux que l'on décrivait de préférence. Aussi ne prétendons-nous pas la borner à ces trois degrés : c'est au médecin à rapprocher les faits qu'il aura lieu d'observer de celui de ces degrés avec lequel ils présenteront le plus de rapports.

A. Hémorrhagie forte.

Signes locaux. — Phénomènes fonctionnels immédiats. Un individu, auparavant bien portant, ne présentant aucun symptôme qui puisse faire soupçonner une affection cérébrale, tombe tout-à-coup pendant la veille ou durant le sommeil dans un carus profond. S'il est debout ou assis, il tombe immobile et offre une résolution complète des membres. Les yeux sont insensibles à la lumière ; les pupilles, immobiles, sont plus ou moins dilatées; quelquefois elles le sont inégalement, ce qui doit faire soupçonner qu'un des deux côtés du cerveau est plus affecté plus l'autre; les odeurs les plus pénétrantes ne produisent aucune impression; les cris les plus aigus ne sont nullement entendus, et c'est bien vainement qu'on sollicite quelques marques de sensibilité en pinçant ou en piquant les membres; ils restent dans l'immobilité la plus profonde; si on les soulève, ils retombent promptement comme des masses inertes; quelquefois ils offrent une espèce de raideur générale; dans quelques cas, ils sont agités de mouvements convulsifs : le malade arrive ainsi tout-à-coup au plus haut degré des altérations fonctionnelles encéphaliques.

Signes généraux. — Phénomènes fonctionnels généraux ou médiats. Il n'y a rien de constant dans les phénomènes morbides généraux. La face est quelquefois rouge, violette, comme tuméfiée; les yeux paraissent sortir des orbites; les lèvres sont écumeuses, livides, elles sont poussées en avant à chaque expiration; le pouls est fréquent, fort, développé, dur; la respiration est gênée, stertoreuse; la peau chaude; la déglutition impossible; la défécation et la mixtion involontaires, etc. D'autres fois la face est pâle, décolorée, jaune, verdâtre; le pouls est petit, concentré; la respiration n'est point stertoreuse; la défécation et la mixtion ne peuvent avoir lieu; la peau est froide, etc.; enfin, dans quelques cas, la plupart de ces fonctions restent dans l'état physiologique. Les malades frappés d'une hémorrhagie de cette espèce succombent ordinairement au bout de quelques heures; rarement vivent-ils plus de deux ou trois jours. Lorsque par hasard ils reviennent à la vie, il est plus que probable que les symptômes qu'ils ont présentés dépendaient d'un congestion concomitante.

Phénomènes organiques. A l'ouverture du corps, on trouve une quantité considérable de sang épanché *dans la substance cérébrale;* ce foyer communique très-souvent avec les ventricules, ce qui a fait croire à des observateurs superficiels qu'il était exhalé sur leur surface même. Cette maladie, si elle existe, doit être d'une extrême rareté, puisque placé dans un hôpital de vieilles femmes, c'est-à-dire dans les circonstances les plus favorables pour voir des maladies de ce genre, ayant fait un nombre très-considérable d'ouvertures de corps, *je ne l'ai jamais rencontrée.* Si cette maladie n'est pas une création de l'imagination, une simple supposition, je crains qu'elle n'ait été que le résultat d'un examen trop léger.

Dans l'hémorrhagie qui nous occupe, les membranes cérébrales sont sèches, les circonvolutions sont aplaties, déprimées, effacées; leurs contours, au lieu d'être arrondis, sont anguleux; elles sont aussi sèches et comme poisseuses. Le sang réduit en caillot occupe ordinairement tout un hémisphère; il peut se faire jour au dehors, ce qui est assez rare.

Les symptômes que nous avons exposés peuvent aussi appartenir à l'hémorrhagie d'une partie centrale du cerveau, et principalement de la protubérance annulaire; quoique cette affection soit assez rare, je l'ai cependant observée plusieurs fois.

La maladie dont nous parlons n'ayant qu'une durée très-limitée, le sang épanché est ordinairement en caillots plus ou moins noirs. La portion du cerveau qui sert de paroi à l'épanchement est irrégulièrement déchirée, sa couleur est manifestement changée; elle est pénétrée de sang rouge, violet, puis jaune; la couleur s'affaiblit à mesure qu'on s'éloigne de l'épanchement. Sa consistance est moindre que dans l'état naturel, elle est presque diffluente; et souvent on remarque dans le caillot des portions de substance cérébrale; cette mollesse de la pulpe de l'encéphale me paraît être consécutive à l'espèce de broiement qu'occasionne l'hémorrhagie.

Lorsque l'hémorrhagie occupe l'un des lobes du cerveau, elle a toujours son siége dans le lobe du côté opposé à la paralysie.

B. Hémorrhagie moyenne.

Ici se développe une autre série de phénomènes morbides.

Signes locaux. — Phénomènes morbides directs. Au milieu de la santé la plus satisfaisante en apparence, il survient une perte des mouvements de tout un côté du corps. Le malade perd ordinairement le sentiment des objets extérieurs; il tombe dans un état comateux plus ou moins profond; il est rare que, dans une hémorrhagie d'une certaine étendue, il conserve sa connaissance, cela n'a guère lieu que dans les petits épanchements. Il n'est pas toujours impossible de tirer le malade, au moins momentanément, du coma dans lequel il est plongé. Lorsqu'on dirige un excitant quelconque sur quelqu'un des sens, il donne ordinairement quelque témoignage de sensibilité. Si l'on présente une lumière vive devant ses yeux, les pupilles se contractent, mais l'une ordinairement plus que l'autre; une odeur pénétrante, telle que celle de l'ammoniaque liquide, fait éprouver une sensation pénible, il en est de même des cris; si l'on pince fortement le membre paralysé, celui qui ne l'est pas se meut comme pour soustraire l'autre à la douleur; quelquefois cependant ce membre est entièrement dépourvu de sensibilité. Mais celui qui est sain donne toujours des preuves de sentiment et de mouvement. La bouche est ordinairement déviée; l'une des deux commissures est entraînée du côté non paralysé.

On n'observe pas de délire dans les hémorrhagies cérébrales; ceci n'échappe pas à nos explications. La maladie étant circonscrite lorsqu'elle attaque la portion du cerveau qui préside à l'intelligence, le cerveau étant un organe double, le côté sain suffit

à l'exercice de la pensée. Le délire ne survient que lorsqu'il se manifeste un travail inflammatoire.

On remarque cependant, à la suite des hémorrhagies cérébrales, une diminution plus ou moins considérable dans quelques-unes des facultés intellectuelles, et quelquefois dans toutes. Les facultés morales reçoivent aussi des profondes atteintes. Des paralytiques sont faibles, pusillanimes, et pleurent pour la moindre cause.

Bientôt la perte de connaissance diminue et cesse même complètement; la maladie persiste, mais non au même degré. Lorsque la paralysie doit se terminer par la guérison, tous les phénomènes morbides diminuent graduellement, et finissent, au bout d'un temps plus ou moins long, par disparaître entièrement. Cependant à ce degré il est rare que la paralysie ne persiste pas jusqu'à un certain point. Dans un grand nombre de cas, les accidents s'aggravent et le malade meurt.

Les symptômes généraux sont aussi très-variables dans ce second degré de l'hémorrhagie cérébrale, et offrent avec ceux de la première espèce la plus grande analogie.

Phénomènes organiques. L'aspect extérieur des enveloppes du cerveau et de cet organe lui-même ressemble fréquemment à celui que nous avons décrit en parlant des phénomènes organiques de la congestion cérébrale. L'étendue de l'hémorrhagie est moindre que la précédente; elle occupe ordinairement le centre de la circonférence de l'un des deux hémisphères; elle n'a jamais son siége dans le mésocéphale; le caillot de sang varie depuis la grosseur d'une forte noix jusqu'à celle d'un œuf de poule environ. Il ne fait jamais irruption dans les ventricules.

Je crois que, lorsque cette irruption a lieu, l'hémorrhagie présente toujours des phénomènes généraux, et occasionne constamment la mort.

Au bout de quelques jours, le caillot diminue de volume; c'est alors que les phénomènes de compression s'amendent; en même temps, il augmente de consistance et revêt une couleur moins foncée; plus tard, il augmente encore en consistance, diminue de grosseur, et pâlit de plus en plus; il finit par n'être plus que d'un jaune safrané, et disparait entièrement. La substance cérébrale qui l'entoure prend de jour en jour plus de consistance; vers la fin de la maladie, on observe, entre le caillot et la paroi qui le renferme, une certaine quantité de sérosité; elle semble destinée à dissoudre ce caillot et à favoriser sa résorption. Lorsque celle-ci est entièrement opérée, il ne reste plus qu'une cavité plus ou moins grande, plus ou moins irrégulière, quelquefois traversée par des espèces de brides membraneuses et contenant ce fluide séreux dont nous venons de parler. Les parois de ces cavités conservent long-temps encore une couleur jaune ocre plus ou moins foncée. Lorsqu'elles sont très-anciennes, elles perdent entièrement cette couleur. La densité des parois des espèces de kystes dont nous parlons les a fait regarder comme formés de véritables membranes, et il m'est arrivé souvent de les détacher parfaitement de la substance cérébrale. Dans quelques cas il est impossible de distinguer ces membranes, ce qui en a fait rejeter l'existence par quelques médecins. Quelquefois ces parois se rapprochent, contractent entre elles des adhérences, et forment de véritables cicatrices.

Nous avons dit que la paralysie persistait souvent après la résorption de l'épanchement : je pense que, dans ce cas, il y a eu une certaine quantité de substance cérébrale détruite et résorbée avec le caillot de sang, laquelle, ne pouvant être rétablie, ne peut plus exécuter la fonction qui lui est confiée.

c. Hémorrhagie faible.

Signes locaux. — Phénomènes fonctionnels immédiats. Un simple étourdissement, un vertige, sans perte complète de connaissance; un engourdissement subit d'un membre ou de deux membres du même côté; de la pesanteur dans ce membre, de la difficulté à saisir les objets menus; une légère diminution dans la sensibilité, de l'embarras dans la langue, de la difficulté à s'énoncer : tels sont les principaux caractères d'une hémorrhagie peu étendue. La paralysie incomplète qui existe diminue de jour en jour, et finit par se dissiper entièrement; mais elle persiste néanmoins assez long-temps pour qu'on ne puisse pas la confondre avec celles que produit une simple congestion locale. Les phénomènes généraux sont variables et peu caractérisés.

Phénomènes organiques. Il est rare qu'une hémorrhagie si faible occasionne la mort; mais le malade peut succomber à toute autre maladie, et à un épanchement plus considérable : alors on trouve ordinairement une cavité de la grosseur d'une aveline, plus ou moins, laquelle contient un caillot de sang proportionné à sa capacité. Cette cavité et le sang qu'elle renferme subissent des changements analogues à ceux que nous venons de décrire dans le paragraphe précédent.

On trouve dans le cerveau de quelques individus une multitude de petites cavités vides, ou renfermant de la sérosité, qui ne sont autre chose que le résultat des petits épanchements dont nous parlons : leur nombre est proportionné à celui des attaques éprouvées par ces individus.

Hydrocéphale aiguë.

D'après un grand nombre d'ouvertures de corps, je me crois fondé à croire que l'hydrocéphale aiguë n'est nullement une maladie essentielle, existante par elle-même, mais bien un phénomène purement symptomatique, consécutif d'autres lésions cérébrales, parmi lesquelles la méningite et l'encéphalite tiennent le premier rang. Je crois par conséquent que c'est embarrasser l'art par des distinctions superflues, que de traiter à part et en détail de cette maladie. Autant il nous paraît avantageux d'établir sur des bases positives la distinction des maladies vraiment différentes entre elles, autant il me parait inutile de chercher à établir des distinctions là où il n'en existe réellement pas. Tout concourt à nous faire rapprocher l'hydrocéphale aiguë des maladies dont nous venons de parler, et dont elle n'est qu'un mode de terminaison.

Nous devons dire seulement que, lorsqu'une maladie aiguë du cerveau se termine par une exhalation de sérosité plus ou moins abondante, la présence de ce fluide fait naître de nouveaux phénomènes morbides, et ces phénomènes sont ceux de la compression. On observe alors une somnolence, un coma plus ou moins profond, la dilatation des pupilles, la cécité, la surdité, l'insensibité de la peau, une paralysie ordinairement générale et graduelle, la résolution des membres, etc.

Phénomènes organiques. En consultant les auteurs qui ont écrit *ex professo* sur la maladie qui nous occupe, l'allemand Gœlis, entre autres, M. Coindet, etc., on voit, par les ouvertures du corps citées par eux, qu'ils ont trouvé une multitude d'altérations diverses. Une chose bien digne de remar-

que, et qui prouve combien la prévention fascine nos sens, c'est que jamais ces altérations, d'ailleurs très-bien décrites par eux, ne leur ont paru la maladie principale! Il est même arrivé qu'ils n'ont pas trouvé d'épanchement, et cela ne les a pas empêchés de considérer la maladie comme une hydrocéphale.

Le phénomène principal est une collection plus ou moins abondante de sérosité ou limpide ou purulente, floconneuse, sanguinolente, etc., mais constamment une altération plus ou moins profonde, ancienne ou récente, des méninges ou du cerveau. Cette collection séreuse occupe, soit les ventricules, soit le tissu sous-arachnoïdien, la base du cerveau, etc.

L'hydrocéphale n'étant donc qu'un symptôme, qu'un effet d'une multitude d'affections, le point capital est de distinguer à laquelle de ces affections elle appartient. On conçoit que sans cette connaissance il ne saurait y avoir de pronostic certain ni de thérapeutique rationnelle.

M. Guersent, qui serait d'ailleurs assez porté à reconnaître l'existence d'une hydrocéphale vraie, avoue cependant que, depuis qu'il se livre aux investigations cadavériques avec plus d'attention, il a toujours rencontré quelque altération de l'encéphale ou de ses annexes. Voilà donc encore une maladie qu'il faut rayer du cadre nosographique. L'opinion que j'émets ici, et que j'étends à toutes les hydropisies, a été publiée dans la première édition du *Ramolissement du cerveau*, en 1819, page 137, et dans la deuxième, page 303; elle a été ensuite admise par la plupart des auteurs qui ont écrit sur le même sujet.

Hydrocéphale chronique.

L'hydrocéphale chronique est plutôt un objet de curiosité pour les anatomistes, auxquels elle offre des anomalies intéressantes d'organogénésie, qu'un point pratique de pathologie. Notre savant ami le docteur Breschet a publié, dans le *Dictionnaire de médecine*, un article remarquable sur ce sujet; article qu'on ne saurait lire avec trop d'attention, et dont on doit recueillir un grand fruit.

L'accumulation d'une plus ou moins grande quantité de sérosité *dans l'intérieur* du crâne constitue le principal phénomène de l'hydrocéphale, et lui a donné son nom; mais ce n'est là, comme dans la maladie précédente, qu'un effet secondaire, et je ne doute nullement qu'il ne soit dû à l'état morbide de l'encéphale ou de ses dépendances, ce que constate d'ailleurs presque toujours l'anatomie pathologique. L'on trouve en effet presque constamment le cerveau dans un état de lésion profonde, ou les méninges offrent des traces d'inflammation.

Phénomènes fonctionnels directs. On conçoit que ces phénomènes doivent varier suivant le genre et l'étendue de l'altération cérébrale, etc.; cependant c'est dans les actes de la locomotion, des sens, de l'intelligence, c'est-à-dire dans les fonctions encéphaliques, qu'il faut chercher les principaux caractères de l'hydrocéphale chronique. Que la tête ait un développement excessif, qu'elle n'ait que son volume physiologique, ou même qu'elle soit au-dessous de ce volume, les expressions fonctionnelles morbides sont à peu près les mêmes.

Les sens sont d'abord affaiblis, l'intelligence est presque nulle, la mémoire abolie; il existe une grande indifférence, la marche est chancelante, quelquefois impossible. Le malade éprouve souvent de la somnolence, des pesanteurs de tête, des vertiges: plus tard la vue se perd complètement, les yeux sont agités dans divers sens, le strabisme se déclare, le globe de l'œil est tourné en bas, en haut ou sur le côté; la pupille est dilatée, les angles des yeux sont chassieux; le nez est le siége d'une titillation incommode, la pituitaire est sèche, l'odorat se perd comme la vue. On remarque parfois des aberrations d'olfaction: les malades croient sentir la fumée, le linge brûlé, etc.; l'ouïe, d'abord très-fine, devient obtuse, et se perd enfin; la voix est nasillarde; l'articulation des mots est difficile, le malade chercher une expression, la trouve avec peine, la répète sans cesse, et souvent l'oublie; la démence, l'idiotie plus ou moins complète accompagnent cet état; la moindre pression, la plus légère secousse, imprimées au crâne, déterminent la somnolence, le coma, et souvent des convulsions; la tête, ordinairement d'un volume disproportionné, ne peut être soutenue, elle tombe sur la poitrine; quelquefois les malades l'agitent de droite à gauche, ou d'avant en arrière; le tronc est dans une flexion habituelle et vicieuse; les cuisses sont fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses, les pieds sur les jambes, et parfois les orteils sur la plante des pieds; les membres sont grêles, quelquefois convulsés, et les extrémités appliquées l'une contre l'autre.

On peut dans la succession des symptômes distinguer plusieurs périodes, dont la dernière présente tous les caractères d'une compression portée à un haut degré.

Phénomènes fonctionnels indirects. On a signalé une salivation abondante, une faim dévorante, avec amaigrissement sensible, comme des signes accompagnant assez constamment l'hydrocéphalie chronique: les malades sont ordinairement constipés, leur *urine* est citrine et peu abondante; dans la dernière période il y a défécation et mixtion involontaires; la respiration est plus ou moins difficile et gênée; le pouls petit, faible, irrégulier; la peau froide, etc.

Phénomènes organiques. Dans les cas les plus ordinaires, le crâne offre un développement qui peut être porté jusqu'à un point incroyable: ce développement contraste d'une manière singulière avec celui de la face, qui reste petite, et peut-être plus petite que dans l'état physiologique; ce qui donne à la tête l'aspect d'un triangle dont la base est en haut. Ce développement est rarement régulier; il peut être plus prononcé en haut, d'avant en arrière, sur les côtés, etc.; il peut être plus considérable dans un point que dans un autre. Si la maladie a persisté pendant quelque temps, l'ossification peut être achevée; les sutures sont réunies, souvent au moyen d'une multitude d'os wormiens; d'autres fois un tissu membraneux, à peine cartilagineux, les unit, et l'on peut sentir au travers une véritable fluctuation. Les os sont le plus ordinairement irréguliers dans leur forme; ils sont aussi plus minces que dans l'état naturel, mous et flexibles; mais on les a vus plus épais. Le crâne est quelquefois de volume naturel, et même plus petit; il est alors pyramidal.

L'encéphale est presque toujours imparfaitement développé dans sa totalité ou dans quelques-unes de ses parties, qui parfois manquent complètement; il est quelquefois distendu par l'accumulation du fluide dans les ventricules: alors les circonvolutions sont effacées, la substance blanche comprimée a presque disparu, on ne distingue plus les deux substances; les couches optiques et les corps striés sont à peine prononcés, etc. Dans quelques cas la sérosité a son siége dans la cavité même de l'arachnoïde; le cerveau est alors refoulé, et plus ou moins atro-

phié. Le liquide qu'on trouve dans l'intérieur du crâne est le plus ordinairement limpide, transparent, quelquefois séro-purulent, enfin purulent. Sa quantité est très-variable; elle peut être portée jusqu'à plusieurs livres. Sa composition chimique est aussi très-variable; l'eau en est la partie dominante; on y trouve de l'albumine, une matière analogue à l'osmazôme, de l'hydrochlorate de soude et quelques phosphates, etc.

Ces différences dans les altérations de l'encéphale paraissent appartenir aux époques où elles ont commencé à se développer: l'hydrocéphale chronique qu'on a nommée arachnoïdienne est vraisemblablement la suite d'une inflammation des méninges.

Atrophie et hypertrophie cérébrales.

Il existe dans les êtres organisés un type de développement qui constitue leur état normal; cet état normal n'est pas renfermé dans un point, ses limites extrêmes sont assez éloignées les unes des autres; de sorte que les individus peuvent approcher plus ou moins de ces extrêmes sans sortir d'une bonne organisation; mais au-delà et en-deçà de ce développement les fonctions cessent de s'exécuter d'une manière régulière, et dès lors cette anomalie de développement doit rentrer dans la pathologie. Ce que nous disons ici pour les individus, considérés dans leur ensemble, s'applique mieux encore à leurs différents organes; ces organes peuvent en effet avoir trop ou trop peu de développement relativement à l'économie entière, et dès lors troubler l'équilibre si nécessaire à la conservation de l'organisme. L'atrophie et l'hypertrophie existent manifestement dans le cœur, dans le foie, etc. Nous allons l'observer dans l'encéphale.

On a considéré ces deux états comme étant l'effet d'un travail phlegmasique. Nous pensons que, dans certains cas ils peuvent en effet dépendre d'un semblable travail; mais nous croyons aussi que, dans beaucoup de circonstances, l'atrophie et l'hypertrophie peuvent dépendre, 1°, d'une organisation primitive; 2°, de quelque obstacle apporté au cours du sang, qui empêche l'abord du fluide réparateur dans l'organe, ou le favorise, pousse ce fluide en excès dans cet organe; 3°, d'une innervation plus ou moins facile; 4°, d'une cause locale particulière pour chaque viscère; enfin, de l'action forcée ou du repos absolu de nos parties.

Telles sont les principales causes prochaines de l'atrophie ou de l'hypertrophie des organes: on voit par là que le travail inflammatoire, qu'on a voulu donner comme la cause unique de ces états, ne les produit réellement que dans un petit nombre de cas.

Comme les autres organes, le cerveau est soumis à ces diverses influences. Quoique le volume physiologique de l'encéphale soit difficile à déterminer, quoiqu'il soit presque impossible de fixer d'une manière rigoureuse le point où commence et où finit le volume sain, malgré les mesures et le poids relatif que l'on a conseillé de prendre pour base, l'habitude rend assez apte à reconnaître un cerveau trop ou trop peu volumineux, suivant l'âge, le sexe et la stature de l'individu.

L'atrophie du cerveau, qui peut être générale ou locale, s'observe fréquemment dans notre hospice. L'atrophie générale se fait particulièrement remarquer sur la portion du cerveau qui préside à l'intelligence: l'expression fonctionnelle qui la caractérise dans le vivant est l'idiotie; rarement les mouvements sont-ils affaiblis d'une manière notable dans cette espèce d'atrophie, tandis qu'ils le sont fréquemment dans l'atrophie locale. L'innervation viscérale conserve aussi toute son énergie.

L'atrophie bornée à une portion du cerveau n'a guère attiré l'attention des médecins que dans ces derniers temps. C'est une altération curieuse, que j'ai eu de fréquentes occasions d'observer. Les phénomènes fonctionnels locaux qu'entraîne cette atrophie cérébrale consistent, dans le plus grand nombre de cas, dans l'immobilité, la contracture ou le tremblement des membres opposés au lobe malade. Ces membres sont ordinairement moins développés que ceux qui sont restés sains: ils sont atrophiés, et cela dans le sens de leur longueur comme dans le sens de leur grosseur; on croirait voir les membres d'un enfant. Ceci se remarque particulièrement dans les cas où l'atrophie est très-ancienne. La main est ordinairement fléchie sur l'avant-bras, et lorsque le malade veut exécuter quelques mouvements, les doigts se raidissent et se fléchissent de la manière la plus bizarre. Le membre thoracique est plus souvent atrophié que le membre pelvien; cependant celui-ci est quelquefois plus court que l'autre, et l'individu traîne la jambe ou marche en fauchant. L'intelligence peut rester libre, mais il est fréquent que ces sujets soient idiots. Les sens, d'un côté, sont souvent altérés ou même complètement perdus; d'ailleurs, dans cet état habituel, les autres fonctions ne subissent aucun dérangement.

Phénomènes organiques. J'en ai rencontré de beaucoup d'espèces, et je crois qu'ils sont tous le résultat d'une ancienne maladie de l'encéphale survenue dans le fœtus ou dans la première enfance, rarement plus tard. Une portion du cerveau, le plus ordinairement le lobule antérieur d'un côté, est diminué de volume, évidemment moins développé que son congénère, et les os du crâne sont moulés sur cette dépression, conséquemment déprimés eux-mêmes.

Les circonvolutions sont minces, évidemment moins développées que sur les autres points, dans quelques cas entièrement effacées; il existe dans cet endroit une impression digitale profonde. La consistance de ces parties est beaucoup plus grande que dans l'état normal; cette matière paraît totalement insoluble dans l'eau; elle a la fermeté d'une cire légèrement échauffée. Sa couleur est jaunâtre; on la sépare facilement du reste de la substance cérébrale, dans laquelle elle se perd par une transition insensible. Dans certains cas, en incisant le cerveau dans la région déprimée, on parvient dans une cavité anfractueuse, fort analogue aux ventricules, mais totalement séparée d'eux; sa surface est lisse et polie; on y distingue parfois quelques légers vaisseaux; elle renferme une sérosité limpide, abondante; c'est un véritable ventricule accidentel; enfin, d'autres fois la substance cérébrale paraît avoir été simplement absorbée, et n'est remplacée par rien.

Mon dessein n'est pas de traiter ici des anencéphalies, qui ne me paraissent être qu'un degré de plus des états dont je viens de parler. Il me paraît assez probable que ces destructions partielles sont le résultat d'encéphalites locales, d'hémorrhagies ou autres maladies qui ont causé une altération dans la substance cérébrale, altération dont l'absorption s'est rendue maîtresse. Les bornes de cet ouvrage ne comportent pas de plus longs détails.

On a avancé récemment avoir observé l'hypertrophie du cerveau. Il est bien vrai que dans certaines occasions le cerveau semble faire saillie hors

du crâne qui le renferme, lorsqu'on a fait une ouverture à cette boîte osseuse. Les membranes sont distendues; lorsqu'on incise la dure-mère, le cerveau, comme boursouflé, se présente, distend l'ouverture, et s'échappe au dehors; les circonvolutions sont volumineuses, larges, parfois déprimées, aplaties : mais sans nier la possibilité de l'hypertrophie cérébrale, nous ferons observer que cet état nous a toujours paru consécutif. On le rencontre en effet dans les encéphalites au premier degré, et aussi dans la période d'épanchement, dans la congestion cérébrale primitive ou consécutive, dans l'hémorrhagie, dans les hydrocéphales, enfin dans tous les cas où les cavités ou bien la substance cérébrale elle-même contiennent une certaine quantité de fluide sanguin ou autre. L'hypertrophie vraie ne me répugne nullement à admettre, mais je ne pense pas qu'il en existe des exemples bien constatés jusqu'à ce jour.

Cancer du cerveau.

On a prétendu dans ces derniers temps que toutes les productions accidentelles étaient le résultat de l'inflammation, dont elles n'offraient qu'un mode particulier; nous accorderons plus tard quelques moments à la discussion de cette question singulière; elle ne doit nullement nous arrêter dans l'exposition des phénomènes morbides fonctionnels et organiques de ce mode prétendu d'encéphalite.

Un médecin, considérant les productions dont nous parlons comme de véritables corps étrangers, ce qui est vrai jusqu'à un certain point, a avancé qu'elles devaient toutes déterminer des symptômes locaux semblables; que ces phénomènes locaux dépendaient de la portion du cerveau lésée. Selon cet auteur, les productions accidentelles qui n'ont pas d'analogie dans l'économie ne peuvent donner lieu à aucun symptôme. Car, qu'est-ce qu'un symptôme? l'altération de la fonction d'un organe : or, ces productions accidentelles n'ont pas de fonctions, *puisqu'elles ne sont pas organisées;* elles ne sauraient donc par conséquent avoir des symptômes, ou, ce qui est la même chose, de lésions de leurs fonctions. Il prétend que c'est en déterminant l'encéphalite, la méningite ou la congestion, que ces productions accidentelles déterminent des phénomènes fonctionnels morbides. Il finit par dire qu'il n'ignore pas *que les auteurs ont assigné un grand nombre de symptômes aux tubercules, aux cancers*, etc. Je laisse au lecteur, dit-il, à juger maintenant qui d'eux ou de nous s'est trompé. Ce serait donc consumer son esprit et son temps en recherches superflues, que de s'efforcer de trouver des symptômes locaux caractéristiques, individuels, pour chacune des transformations accidentelles dont le cerveau est susceptible. *Il n'existe point de semblables symptômes.*

Nous ne saurions partager l'opinion du jeune écrivain, qui d'ailleurs, dans beaucoup d'autres occasions, a donné des preuves d'un talent distingué, mais qui s'est laissé entraîner trop loin par l'autorité d'un maître célèbre. Le raisonnement qu'il fait pour les productions accidentelles, je l'avais fait lorsque la nature m'offrit pour la première fois le ramollissement du cerveau. Comment distinguer cette affection, disais-je, de l'hémorrhagie cérébrale? Elle détruit les mêmes portions d'organes, elle doit entraîner les mêmes désordres fonctionnels. Cependant la réflexion la plus simple me convainquit bientôt que deux altérations si différentes ne devaient pas avoir le même mode de développement, et je parvins ainsi à distinguer deux affections dont personne jusque-là n'avait donné les signes différentiels. Ces affections sont devenues si distinctes, qu'il n'est personne aujourd'hui qui consentît à confondre l'encéphalite avec l'hémorrhagie cérébrale. Eh bien! si les productions accidentelles frappent les mêmes portions d'organes, est-il bien raisonnable d'affirmer, *à priori*, qu'elles les frapperont de la même manière? Ce sont des corps sans fonctions, dites-vous; mais ces corps naissent et se développent d'une manière particulière; ils diffèrent par leurs apparences physiques, pourquoi ne différeraient-ils pas pour leur mode de développement? Vous les considérez comme des corps inertes, mais c'est un grand tort; ces corps ne sont que la dégénération d'une portion de l'encéphale, et cette dégénération peut s'opérer d'une manière particulière pour chacun d'eux. Certes, il y aura toujours altération des mouvements, du sentiment, des sens, de l'intelligence; mais ces altérations pourront présenter des caractères spéciaux, distinctifs.

Je sais bien que, considérant toutes ces productions accidentelles comme identiques, comme des encéphalites chroniques, peu vous importe de les distinguer; vous êtes même intéressé à faire croire que cette distinction est impossible. Mais nous qui ne croyons pas que le cancer du cerveau et les tumeurs fongueuses, que les vers vésiculaires et les tumeurs osseuses soient des maladies identiques, nous devons faire tous nos efforts pour chercher les signes distinctifs certains incontestables. Malheureusement notre tâche est plus difficile que la vôtre; il est bien plus expéditif de dire qu'il est impossible de distinguer ces maladies, qu'on perd son temps à s'efforcer de le faire, que de chercher péniblement les signes qui peuvent les différencier.

Par conséquent, quoique une production nouvelle soit un corps sans fonction, *bien qu'elle soit souvent organisée*, cependant cette production accidentelle, par son mode de développement et par sa nature, pourra imprimer des modifications aux désordres fonctionnels capables de les faire reconnaître. A la vérité, l'art n'est pas encore très-avancé sur ce point; mais c'est le faire rétrograder, ou du moins c'est empêcher ses progrès, que d'affirmer qu'il sera toujours impossible de distinguer certaines maladies les unes des autres, et nous croyons qu'il est de notre devoir de nous efforcer de prouver le contraire.

Lorsque les modifications qu'on observe dans les signes locaux ne sont point assez tranchées, je ne pense pas qu'il soit défendu de faire usage, pour établir son diagnostic, des signes indirects; cette méthode nous a souvent été utile au lit du malade, et nous ne pensons pas qu'elle soit hors de la question.

Pour le cancer du cerveau on peut déjà remarquer comme modifications importantes, dans les phénomènes fonctionnels locaux, la douleur de tête lancinante, et des douleurs présentant le même caractère dans le membre paralysé; comme signes médiats, mais importants, la lenteur du développement de la maladie, la teinte paille de la peau du corps et surtout du visage, un âge déjà avancé, et l'existence simultanée de quelque dégénérescence de la même nature.

Les *caractères organiques* du cancer sont très-propres à faire distinguer cette altération de toute autre, et nous ne croyons nullement que du pus infiltré et durci dans la substance du cerveau soit la cause prochaine de cette lésion, pas plus que du pus infiltré et durci n'est la cause prochaine du cancer de la peau; lequel, comme on sait, se dé-

veloppe sans travail inflammatoire préalable. On trouve dans quelques points de l'encéphale une tumeur dure, irrégulière, inégale, d'un volume variable, qui peut égaler la grosseur du poing, se détachant quelquefois avec facilité de la substance cérébrale, criant sous le scalpel qui la coupe, jaune, flavescente, parfois rougeâtre, semi-transparente. Dans quelques circonstances, cette tumeur est plus ou moins molle vers le centre, blanchâtre, et ressemble à de la substance cérébrale ramollie; elle contient parfois du sang noirâtre, mélangé avec cette substance encéphaloïde.

La tumeur peut se détacher du cerveau, ou bien n'être point circonscrite; elle se prend alors insensiblement dans les parties voisines, sans qu'il soit possible de distinguer où la substance cérébrale cesse d'être malade.

Ces tumeurs produisant fréquemment l'inflammation des parties voisines, elles donnent lieu, dans ces cas, aux symptômes de l'encéphalite, et aux altérations organiques qui la carctérisent. Notre intention n'est pas de décrire les signes fonctionnels ou organiques dans les diverses parties que peut affecter le cancer du cerveau.

Tubercules du cerveau.

La dégénérescence tuberculeuse du cerveau est très-rare chez les vieillards et chez les adultes : on la rencontre plus fréquemment chez les enfans et chez les jeunes sujets. Néanmoins M. Denis, qui vient de faire paraître un travail étendu sur les maladies du premier âge, ne fait pas mention des tubercules de la pulpe encéphalique.

La rareté de cette affection est sans doute la cause qui s'est opposée jusqu'à ce jour à la découverte des signes auxquels on pourrait la reconnaître dans le vivant; connaissance qui serait du plus haut intérêt, puisqu'elle pourrait conduire à combattre cette maladie de bonne heure, à s'opposer à son développement, et peut-être même à obtenir sa guérison.

Les phénomènes fonctionnels locaux sont des engourdissements, des picotements, de la douleur ou de l'insensibilité dans un ou plusieurs membres; la diminution de la vue ou de l'ouïe, accompagnée de diverses hallucinations, et suivie de la perte totale des sens; plus tard, la paralysie complète. La marche de ces accidents est essentiellement lente. Les tubercules ne paraissent donner lieu à aucun des phénomènes généraux déjà décrits. Nous devons cependant noter, comme un fait bien digne de remarque, les vomissements opiniâtres qu'on a quelquefois observés, et dont M. le docteur Chomel a publié un exemple si frappant. Les seuls signes qui puissent faire reconnaître la dégénérescence tuberculeuse seraient la coïncidence des tubercules dans d'autres viscères, la constitution et l'âge du sujet.

Phénomènes organiques. Les tubercules du cerveau présentent la même apparence que ceux des autres organes; seulement il est rare qu'ils soient aussi multipliés que dans le poumon : quelquefois il n'en existe qu'un; il peut alors égaler le volume d'un œuf de poule. Sa forme est globuleuse, oblongue, plus ou moins irrégulière; il est, dans certains cas, le résultat manifeste de l'agglomération de plusieurs autres tubercules. Lorsqu'il en existe plusieurs, ils sont disséminés dans divers points de la pulpe encéphalique; leur grosseur varie depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle dont nous venons de faire mention; mais leur volume ordinaire est celui d'un petit pois. Il est très-difficile de reconnaître dans ces productions une organisation quelconque : on n'y voit aucune fibre; cependant on y distingue souvent des vaisseaux qui les pénètrent, et entretiennent sans doute leur nutrition et leur accroissement. Leur consistance est ordinairement ferme; cependant leur intérieur est souvent ramolli, et contient comme une espèce d'infiltration sanguine. Leur couleur est jaunâtre, d'un blanc sale. Ils sont parfois enveloppés dans une véritable poche membraneuse, composée de deux feuillets, l'un cérébral, l'autre propre, qui les isole du cerveau, auquel ils adhèrent immédiatement dans d'autres cas. Au bout d'un certain temps, ces tubercules déterminent à leur circonférence un véritable ramollissement inflammatoire, qu'on peut alors reconnaître aux signes qui le caractérisent.

On conçoit que les phénomènes fonctionnels produits par les tubercules doivent varier suivant leur nombre, leur siége, leur volume, et les irritations consécutives qu'ils déterminent. On leur a distingué aussi plusieurs périodes, et on a décrit les changements organiques qui se manifestent dans ces différentes phases. Ces détails, superflus ici, seront lus avec plaisir dans la thèse de M. Leveillé neveu, sur les tubercules du cerveau.

Tumeurs osseuses des parois du crâne, etc.

Je ne sache pas que les tumeurs osseuses des parois internes du crâne, que j'ai eu occasion d'observer plusieurs fois, et dont j'ai cité quelques exemples, aient attiré l'attention des médecins d'une manière spéciale. Ces tumeurs, en comprimant la partie de l'encéphale qui leur correspond, donnent lieu à des phénomènes fonctionnels locaux analogues à ceux que nous avons exposés déjà, tels que paralysie des membres, de la langue, des sens, etc.; mais elles offrent comme signes distinctifs une douleur ostéocope fixe, augmentant la nuit et par la chaleur du lit, augmentant aussi dans certaines conditions atmosphériques. Ces tumeurs coïncident d'ailleurs avec d'autres phénomènes syphilitiques consécutifs, avec d'autres tumeurs osseuses extérieures, et surviennent chez des personnes dont les maladies antécédentes peuvent beaucoup éclairer sur la nature de la cause organique des accidents qu'on observe.

Phénomènes organiques. Les tumeurs osseuses des parois internes du crâne peuvent occuper toutes les régions; elles peuvent être multiples ou solitaires; je les ai particulièrement observées sur la base du crâne; je les ai vues sur le rocher et vers le trou occipital. L'os peut être altéré dans sa texture ainsi que la dure-mère, ou bien il peut être sain et seulement comme hypertrophié. Lorsqu'il est altéré, il est manifestement changé de couleur et de consistance; il peut être rouge, brun, violet; il se laisse pénétrer par le scalpel avec la plus grande facilité. Lorsqu'il n'est pas altéré, il est difficile de reconnaître la maladie: cependant, en examinant attentivement l'extérieur du cerveau et du cervelet, on aperçoit ordinairement une dépression contre nature, lisse, polie; les circonvolutions cérébrales paraissent dans cet endroit légèrement effacées.

Lorsque, pendant la vie, on a observé des symptômes cérébraux bien évidents, et que la texture de l'encéphale a paru saine, il faut regarder la base du crâne avec le plus grand soin. Il m'est arrivé, dans un cours de clinique, de trouver le trou

occipital presque oblitéré par un développement anormal de la circonférence osseuse. Une autre fois la tumeur qui avait produit les phénomènes locaux avait son siége sur la portion pétrée du temporal, etc.

Les phénomènes fonctionnels varient suivant le siége de ces tumeurs. Ils peuvent être simplement locaux, lorsque la tumeur est unique; ils sont généraux s'il existe des tumeurs des deux côtés; enfin ils sont généraux aussi, lorsque la moelle épinière se trouve comprimée.

Fongus de la dure-mère.

Il est fort singulier que le fongus, tant qu'il est renfermé dans l'intérieur du crâne, ne produise la plupart du temps aucun signe de sa présence; c'est du moins ce qu'il faut conclure du mémoire de Louis, puisque, sur les vingt observations qu'il cite, il n'en est que deux ou trois qui aient occasionné quelques désordres fonctionnels dans les mouvements, les sens, le sentiment ou l'intelligence.

On ne peut reconnaître le fongus de la dure-mère que lorsque, par les mouvements, il est parvenu à user les parois osseuses du crâne; alors il se montre au dehors sous l'aspect d'une tumeur d'un volume variable, pulsative, dont les mouvements ont isochrones aux battements du pouls, que la pression fait disparaître en partie, et qui, par cette même pression, produit des phénomènes de compression cérébrale, tels que somnolence, perte de connaissance, coma, paralysie de quelques membres, etc.; phénomènes qui disparaissent avec la pression.

Lorsque la tumeur est refoulée dans le crâne, on sent les bords inégaux et irréguliers de l'ouverture qui lui donne issue.

Les pulsations de la tumeur n'ont lieu que dans un sens; il n'existe pas de dilatation, ce qui empêche de confondre cette maladie avec une tumeur anévrysmale. Lorsqu'on la comprime latéralement, elle ne produit aucun phénomène nerveux; cette pression est quelquefois douloureuse, mais non toujours.

Quelque temps avant l'irruption du fongus au dehors, les parois du crâne, dans le lieu correspondant, étant très-amincies, fléchissent sous le doigt qui les presse, et font entendre un bruit analogue à du parchemin sec.

J'omets à dessein de décrire les phénomènes encéphaliques locaux que fait naître, dans quelques cas rares, la maladie dont nous parlons, d'abord parce qu'ils ne se montrent que rarement, en second lieu parce qu'ils ressemblent à ceux qui accompagnent les lésions locales chroniques de l'encéphale.

Phénomènes organiques. La tumeur fongueuse de la dure-mère peut se montrer sur tous les points de cette membrane; je l'ai plus souvent observée vers les orbites et les régions temporales. La nature de cette tumeur est souvent érectile, c'est-à dire une espèce de réseau inextricable formé par une multitude de vaisseaux sanguins : c'est alors un vrai fongus, une espèce de tumeur variqueuse; quelquefois c'est une tumeur de nature évidemment fibreuse dans laquelle se rendent aussi un grand nombre de vaisseaux; mais l'organisation de cette production accidentelle est souvent très-compliquée, et tellement confuse qu'il est impossible d'en reconnaître la nature; elle offre parfois de la ressemblance avec la dégénérescence cancéreuse. Nous pensons bien que ce sont là plusieurs espèces de maladies, mais leur siége est le même; elles offrent d'ailleurs l'analogie la plus grande. Cette tumeur, ou plutôt ces tumeurs, contractent des adhérences avec les parties voisines, de sorte qu'il est très-difficile de savoir précisément d'où elles naissent. J'en ai vu une dernièrement qui adhérait tellement à l'os pierreux du temporal, qu'il fut impossible de l'en détacher et d'assurer si elle avait pris naissance sur la dure-mère; elle avait fait saillie sur la tempe gauche. Souvent elles dépriment le cerveau et s'y creusent un lit sans en altérer la substance; d'autres fois elles le désorganisent. Elles sont d'ailleurs plus ou moins volumineuses, uniques ou multiples, irrégulières, enkystées ou sans kystes, ressemblant à un champignon dont le pédoncule est embrassé par l'ouverture, etc. Les os voisins sont corrodés, inégaux, irréguliers, souvent méconnaissables.

Acéphalocystes.

La plus grande obscurité règne encore sur l'histoire des acéphalocystes du cerveau. La lenteur sans doute fort grande de leur développement, leur rareté extrême, leur ressemblance nécessaire, inévitable, avec les autres productions accidentelles de l'organe qui nous occupe, sont des raisons plus que suffisantes pour expliquer l'ignorance où nous sommes sur les signes de cette maladie; mais nous trouvons dans ces raisons mêmes un motif pour ne regretter que médiocrement de ne pas avoir plus de lumières sur cette affection, c'est son extrême rareté. Il est une multitude de points obscurs en médecine bien autrement importants à éclaircir. Il est vraisemblable que notre ignorance sur les acéphalocystes ne sera préjudiciable à personne, tandis que celle où nous sommes sur la rage, sur l'épilepsie, etc., a sans doute causé et cause encore tous les jours les plus graves dommages.

Jusqu'ici les phénomènes fonctionnels observés ont été la paralysie locale ou générale, la perte d'un ou plusieurs sens, le coma, etc., suivant que la maladie avait son siége dans un hémisphère ou dans les ventricules.

Cette affection, comme les autres productions accidentelles, finit par déterminer ordinairement une encéphalite; alors se montrent les signes qui caractérisent cette dernière maladie.

Caractères organiques. On trouve dans les ventricules une ou plusieurs tumeurs, *isolées du plexus choroïde* (il existe très-souvent sur les plexus choroïdiens des tumeurs en grappe, transparentes; résultat de l'accumulation de sérosité dans le tissu de ces plexus, qu'il faut bien se garder de prendre pour des hydatides); on trouve, disons-nous, une ou plusieurs tumeurs, isolées ou réunies par un pédicelle très-ténu; tumeurs de la grosseur d'un pois, d'un grain de raisin, et même d'un œuf, transparentes ou opalines, renfermant une sérosité limpide. Quelquefois ces tumeurs sont inscrites les unes dans les autres. Elles peuvent avoir leur siége dans la substance même du cerveau, ce qui est plus rare (1); elles offrent à peu près les mêmes caractères, excepté que la portion du cerveau en contact avec elles est lisse, polie, et revêtue d'une membrane très-évidente, souvent facile à détacher.

(1) Nous avons vu récemment un cerveau d'aliénée entièrement criblé de kystes isolés du volume d'un pois; ces kystes présentaient évidemment deux membranes, l'une cérébrale, l'autre propre.

Différences principales qui existent entre les maladies précédentes.

Les maladies que nous venons d'examiner diffèrent entre elles sous beaucoup de rapports, au moins pour la plupart; leurs signes locaux et généraux, leur marche et leurs caractères organiques, sont essentiellement distincts. Le plus grand nombre diffèrent entre elles par tous ces points; quelques-unes ne sont différentes que par leurs phénomènes anatomiques.

Sous le rapport de leur marche, elles sont aiguës et chroniques. Il est aisé de les isoler les unes des autres; et cette séparation simplifie singulièrement le diagnostic spécial. Si nous avons à reconnaître une maladie aiguë du cerveau, nous mettrons de côté toutes les affections chroniques; nous n'avons plus à nous embarrasser de toutes celles qui offrent cette dernière marche, et nous savons qu'elles sont en grand nombre. Nous laisserons de côté le cancer, les tubercules, les fongus, les tumeurs osseuses, les acéphalocystes, et autres productions morbides. On voit combien la question se trouve simplifiée. Si nous avons, au contraire, affaire à une maladie chronique, nous mettrons de côté toutes les maladies aiguës, telles que la méningite, la congestion cérébrale, l'encéphalite, le ramollissement, l'hémorrhagie.

Les maladies aiguës du cerveau sont générales ou locales; cette subdivision est presque aussi importante que la précédente, puisqu'elle restreint le nombre des maladies sur lesquelles on doit fixer son attention.

Les maladies aiguës générales de l'encéphale sont l'anémie, la pléthore, la congestion, la méningite, quelquefois l'encéphalite. Il est difficile de confondre ces affections; elles offrent toutes quelques différences caractéristiques. Le peu d'énergie du système circulatoire, la pâleur de la face, la langueur des fonctions encéphaliques, feront reconnaître l'anémie cérébrale; des phénomènes opposés caractériseront la pléthore du cerveau; la perte de connaissance sera le signe distinctif du coup de sang; la céphalalgie et la surexcitation, la réaction générale, l'état fébrile, ceux de la méningite et de l'encéphalite générale, maladie de la même nature, qui existe presque toujours avec la précédente, dont elle n'est pour ainsi dire que le développement. Voilà donc des caractères suffisants pour séparer ces maladies générales aiguës.

Quelques-unes, telles que la congestion et la méningite, peuvent être locales, c'est-à-dire ne frapper qu'une moitié du cerveau ou des méninges; et cette circonstance peut les faire confondre avec les maladies locales aiguës du cerveau. Mais la congestion locale se dissipe ordinairement avec facilité, au bout de douze ou vingt-quatre heures; il ne reste plus aucune trace de paralysie. Il ne peut en être ainsi d'une hémorrhagie cérébrale, si légère qu'on la suppose.

La méningite locale pourrait être confondue avec l'encéphalite locale; mais je crois qu'on ne peut considérer ceci comme une erreur, vu l'extrême analogie des deux affections. Cette analogie est au contraire une confirmation de l'excellence de la méthode diagnostique, puisqu'il existe en même temps analogie dans la nature de la maladie, et analogie dans l'expression fonctionnelle.

Parmi les maladies aiguës locales nous avons l'encéphalite, le ramollissement et l'hémorrhagie. Les phénomènes inflammatoires, tels que le début par un frisson, la chaleur à la peau, la fréquence du pouls, la soif, enfin l'état fébrile, accompagneront l'encéphalite locale, et feront reconnaître un travail phlegmasique dans le cerveau. Le développement lent et gradué des phénomènes fonctionnels, l'absence de tout phénomène fébrile, dans certains cas la circonstance concomitante d'une disposition scorbutique, feront distinguer le ramollissement non inflammatoire de la maladie précédente; l'invasion brusque, sans phénomènes précurseurs, chez un sujet d'ailleurs bien portant, seront les caractères de l'hémorrhagie du cerveau.

On voit par ce qui précède que, lorsque les diverses affections cérébrales se présentent avec leurs symptômes réguliers, ce qui arrive dans le plus grand nombre des cas, il est bien difficile de les confondre les unes avec les autres, à moins d'une ignorance profonde ou d'une grande incurie. Malheureusement il est des circonstances où ces affections, ou n'offrent pas tous les signes qui leur sont propres, ou même en présentent qui leur sont étrangers, ce dont nous allons parler bientôt.

Les maladies qui nous occupent, c'est-à-dire les maladies locales aiguës du cerveau, peuvent aussi, soit par leur siége, soit par leur étendue, donner lieu à des phénomènes généraux, et en imposer. Ainsi, un ramollissement qui aura tuméfié la portion encéphalique qu'il occupe, au point de comprimer l'hémisphère sain, une hémorrhagie assez considérable pour produire le même phénomène, donneront lieu à des symptômes généraux; mais, dans ces cas, si l'on a pu observer l'individu dans les premiers moments de la maladie, on aura pu remarquer des signes locaux. La difficulté est plus grande lorsque l'affection a son siége dans la protubérance annulaire; mais ces cas sont rares; ils peuvent d'ailleurs être présumés.

Excepté l'hydrocéphale chronique, qui n'est elle-même qu'un effet consécutif de diverses désorganisations du cerveau, les maladies chroniques de ce viscère sont locales. Sans doute il est très-difficile, dans l'état actuel de la science, de les distinguer les unes des autres; mais cela tient uniquement à leur mode de développement, qui est le même; au siége qu'elles occupent, qui peut être aussi le même, et nullement à ce qu'elles ne sont que des effets de l'encéphalite, ainsi qu'on l'a prétendu dernièrement. Malgré ces difficultés, nous avons exposé quelques circonstances capables de les faire reconnaître pendant la vie. Plus de deux cents élèves en médecine ont vu dans nos salles une jeune fille chez laquelle nous reconnûmes, un an avant sa mort, l'existence d'un tubercule. L'autopsie en fut faite à l'ouverture de notre cours de clinique 1825, et l'observation en a été recueillie par M. Chambeyron, élève interne très-distingué. Il existait un tubercule de la grosseur d'un œuf dans le cervelet.

On pourra reconnaître l'existence d'un cancer, si le malade éprouve des douleurs de tête lancinantes, si la peau est d'une couleur paille, s'il ressent des élancements dans le bras opposé à la céphalalgie; s'il a été atteint d'une affection cancéreuse au sein, à l'utérus si c'est une femme, aux testicules si c'est un homme : l'âge du malade devra être pris en considération. On sait que le cancer n'affecte guère que les adultes et les vieillards, que les jeunes sujets en sont exempts.

Le tubercule ne présentera aucun de ces phénomènes : ce seront des symptômes ordinairement locaux, lents dans leur marche, mais qui surviendront chez de jeunes sujets, ou chez des sujets ayant des tubercules dans d'autres organes.

Les tumeurs osseuses se montreront chez d'anciens

syphilitiques; il pourra exister à l'extérieur des tumeurs de même nature; les douleurs augmenteront la nuit, etc.

Lorsque le fongus de la dure-mère sera sur le point de sortir du crâne, et mieux encore lorsqu'il aura fait irruption au dehors, il sera facile de le reconnaître aux signes qui le distinguent.

Mais ces distinctions attestent plutôt la perfection du diagnostic, qu'elles n'ont été jusqu'ici fort utiles au traitement de ces maladies. Toutes ces productions accidentelles ont jusqu'à ce moment échappé à l'action de nos puissances thérapeutiques : cependant si l'on peut espérer un jour de les combattre avec succès, ce ne sera qu'en fondant leur traitement sur des distinctions positives. Peut-on croire, en effet, que les diverses altérations dont nous avons parlé, si différentes par leurs caractères organiques, soient susceptibles d'être combattues par les mêmes moyens ?

Le cancer et l'hydatide, le tubercule et la tumeur osseuse, etc., doivent-ils céder au même traitement?

Circonstances qui rendent difficile le diagnostic des maladies précédentes.

Le diagnostic des maladies cérébrales n'est pas toujours aussi simple et aussi clair que nous venons de l'exposer, ainsi qu'on serait peut-être tenté de le croire d'après ce que nous avons dit. Il est bien vrai que, lorsque ces maladies se présentent avec toutes les circonstances dont nous avons fait mention, il est difficile de ne pas les distinguer; mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. Et d'abord, les altérations du cerveau, attaquant la même portion d'organe, doivent ne produire que les dérangements de la fonction à laquelle préside cette portion d'organe, et ces dérangements, ainsi que nous l'avons vu, ne doivent différer que par ces nuances plus ou moins fugitives; mais ces nuances mêmes ne se présentent pas toujours, ou se présentent embarrassées, défigurées par d'autres phénomènes qui leur sont étrangers, et qu'il est cependant très-difficile d'en séparer. Ces maladies peuvent marcher sans qu'il existe de signes qui les caractérisent. De tout temps on a reconnu des maladies latentes : il en existe moins aujourd'hui qu'autrefois; nos moyens d'investigation se sont multipliés au point que beaucoup de maladies qu'on aurait méconnues jadis sont de nos jours faciles à reconnaître. Néanmoins il est encore des affections d'organes qu'on est surpris de rencontrer après la mort, et qui n'ont produit pendant la vie aucun signe qui ait pu déceler leur existence. Ce point de la pathologie est véritablement très-obscur et à peu près inexplicable. Il est bien certain que ces faits arrivent lorsque l'affection a marché avec lenteur, qu'elle a détruit lentement l'organe; il est bien certain aussi qu'une lésion très-bornée, survenue rapidement, donne lieu à des phénomènes très-prononcés; mais cela fait-il moins que, dans le premier cas, un organe détruit ne continue ses fonctions, et que, dans le second, un organe presque inaltéré ne cesse les siennes? Comment les fonctions peuvent-elles encore s'exercer dans le premier cas? comment cessent-elles de s'exercer dans le second ?

Il est donc très-difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître les maladies lorsqu'elles sont vraiment latentes, et l'expérience prouve qu'il en existe de telles.

Il arrive assez souvent aussi qu'une maladie revêt les caractères d'une autre maladie. Nous avons cité l'exemple singulier d'un anévrysme de l'aorte pectorale qui avait simulé exactement une pneumonie, dont il avait offert tous les signes; on conçoit que, dans le cerveau, des cas anologues doivent souvent se présenter, et rendre conséquemment le diagnostic très-difficile. Une hémorrhagie cérébrale peut avoir des signes précurseurs, et le ramollissement en manquer : comment distinguer alors ces deux affections?

La maladie, sans être entièrement latente, peut manquer de beaucoup de signes qui la caractérisent : cette circonstance doit apporter aussi de grandes difficultés de diagnostic. Cela se rencontre fréquemment dans les maladies qui nous occupent Ainsi, lorsque le ramollissement manque de signes précurseurs, son diagnostic est d'une extrême difficulté.

Il en est de même lorsqu'une maladie cérébrale offre une marche anormale, un ramollissement qui, après avoir donné lieu à des accidents progressifs, semble s'amender, suivre une marche inverse pendant quelques jours.

Mais après les maladies qui ne s'annoncent par aucun signe, après les maladies latentes il n'en est pas de plus obscures que celles qui se compliquent entre elles. Ainsi, lorsqu'il existe en même temps plusieurs altérations diverses, l'hémorrhagie et le ramollissement primitif ou consécutif, il est presque impossible de reconnaître au juste l'altération; mais comme en général on en reconnaît au moins une, ces cas ne peuvent pas être rigoureusement regardés comme des erreurs.

Indépendamment de ces difficultés, il peut encore s'en rencontrer d'autres analogues à celles que nous avons exposées précédemment d'une manière générale; mais il ne faut pas se laisser rebuter par elles : il faut penser que les cas simples et clairs sont les plus fréquents, et que les cas obscurs deviennent de jour en jour plus rares; que plus on fixe son attention, et moins on en rencontre souvent; plus on se rend habile à saisir les moindres nuances dans les phénomènes morbides, et plus on acquiert de certitude dans le diagnostic; et qu'enfin il n'est peut-être pas impossible de surmonter les difficultés qui, maintenant, nous paraissent invincibles. Jetons nos regards en arrière, voyons ce que nous avons fait depuis quinze ans, et ne désespérons pas de l'avenir. Surtout ne nous laissons pas décourager par les déclamations de ses esprits faux qui s'étudient à recueillir des cas exceptionnels pour détruire des principes sur lesquels reposent nos progrès futurs, et de ce que les faits qu'ils publient sont inexplicables, n'ayons pas la faiblesse de laisser rétrograder la science.

Quoique notre ouvrage ne soit nullement polémique, nous ne pouvons nous dispenser de consacrer quelques mots à la discussion de certaines propositions avancées dans ces derniers temps par quelques auteurs de beaucoup de mérite.

On a attribué toutes les lésions dont nous venons de parler à l'encéphalite; on les a considérées comme des résultats de l'inflammation du cerveau. Les arguments sur lesquels on s'est appuyé nous paraissent forcés : il nous semble qu'on a tourmenté les faits pour les faire servir de preuves à cette opinion.

Il n'y a pas moins d'inconvénient à tout confondre qu'à tout diviser : regarder comme indentiques des objets hétérogènes, ou comme hétérogènes des objets identiques, doit nécessairement conduire aux

mêmes fautes, exposer aux mêmes dangers. Ne sera-t-il pas aussi fâcheux de regarder des maladies différentes comme une seule et même maladie, que de considérer une même affection comme des affections de plusieurs natures? Dans le premier cas, ne sera-t-on pas conduit à administrer le même traitement à des maladies diverses, et dans le second un traitement différent à la même affection? Il est donc d'une haute importance de prouver que les personnes qui ont voulu ne voir dans les maladies cérébrales qu'une seule et même maladie, séduites et entraînées par des vues purement théoriques, et même systématiques, ont plutôt reculé qu'avancé la la science.

Pour prouver que toutes ces maladies étaient identiques, on a d'abord été obligé de dire que les différences anatomiques et fonctionnelles n'établissaient aucune diversité dans la nature des maladies. Mais alors, sur quelles bases établira-t-on cette différence? comment cet étrange paradoxe n'a-t-il pas arrêté ces auteurs dès le premier pas? Quoi! les altérations des organes et les altérations des fonctions ne constituent pas la principale différence des maladies? Je crois bien que, si de telles différences n'en sont pas, il ne sera pas difficile de démontrer que non seulement les maladies, mais que tous les êtres de la nature se ressemblent. Voyez cependant où peut conduire le désir de faire triompher une opinion préconçue! La différence des altérations organiques, la différence dans les symptômes, n'en apporte aucune dans les maladies! Mais alors, où les prendrez-vous? sur quelles bases établirez-vous les distinctions? Pour soutenir votre opinion, il fallait donc d'abord commencer par avancer que les phénomènes organiques et fonctionnels ne peuvent servir à caractériser les maladies : c'est-à-dire commencer par avancer une proposition insoutenable.

La première difficulté qui arrête ces auteurs, c'est de déterminer le sens du mot inflammation, et surtout de lui assigner des bornes. Où commence l'inflammation, où finit-elle? Ils avouent qu'ils n'en savent rien. Au lieu d'un aveu si naïf, ils auraient mieux fait de dire leur pensée tout entière, *tout est inflammation ;* et dès lors la discussion était finie là : il devenait inutile de prouver que toutes les maladies dont nous venons de parler étaient des inflammations.

Nous sommes loin de partager l'opinion de ces estimables confrères; et à supposer que toutes les maladies du cerveau fussent inflammatoires, il demeurerait évident pour nous que les différences profondes et variées, qui surviennent dans le tissu de cet organe, ne peuvent dépendre d'une maladie identique, et qu'il est extrêmement important, sous le double rapport du traitement et du pronostic, de bien distinguer ces cas. Si l'on avait cherché seulement à faire voir que les auteurs ont confondu souvent l'encéphalite et la méningite; nous nous serions facilement rendus à ce sentiment; on vient de voir en effet que ces deux maladies, surtout lorsque l'encéphalite est générale, offraient entre elles la plus grande ressemblance; et cela ne peut être autrement, puisque la méningite ne peut manifester sa présence que par le trouble des fonctions cérébrales. Mais quoique la distinction de ces deux affections de même nature soit peu importante pour leur traitement, je n'en demeure pas moins convaincu, par les ouvertures de corps, qu'elles peuvent exister séparément, comme la pleurésie et la pneumonie. L'analogie des symptômes de la méningite et de l'encéphalite générale doit être très-grande, puisque ce sont deux maladies de même nature, qui affectent un même organe, ou des parties chargées de favoriser l'action de cet organe : mais cela ne fait pas que ce ne soit là qu'une seule et même maladie.

Il est bien vrai que les collections purulentes se font à la surface cérébrale de l'arachnoïde, tandis qu'elles ont lieu à la surface interne et lisse des autres séreuses; mais cela tient, 1°, à ce que la pie-mère, très-vasculaire et celluleuse, s'enflamme fréquemment; 2°, à ce que, les autres membranes séreuses étant fortement adhérentes aux organes qu'elles enveloppent et aux parois des cavités qu'elles tapissent, il ne peut se former aucune exsudation sur leur surface extérieure. Ces raisons si simples auraient pu dispenser de chercher la cause de ce mode de suppuration dans l'inflammation même de la substance cérébrale.

Que le ramollissement du cerveau soit fréquemment le résultat de l'encéphalite, c'est ce que nous avons publié dès notre première édition; mais si l'on se reporte au temps où nous écrivions, cette maladie n'ayant encore été traitée *ex professo* par personne, on verra que nous devions d'abord recueillir des faits, nous élever à une description générale d'après ces faits, nommer la maladie d'après le phénomène organique le plus constant, et ne rien préjuger sur sa nature encore inconnue : c'est ce que nous fîmes. On a prétendu depuis que la dénomination de ramollissement était absurde, et qu'il valait mieux nommer cette maladie *encéphalite.* Soit; mais comment nommerez-vous un ramollissement qui ne sera pas inflammatoire? Vous direz que *vous n'y croyez pas :* c'est beaucoup plus simple, et cela tranche net la difficulté; d'autres n'en feront pas mention. Mais si au lieu de faire des livres avec les livres des autres, vous vous donniez la peine d'observer la nature, vous verriez qu'elle présente très-souvent les faits auxquels vous avez vos raisons pour ne pas croire.

Pour nous, nous croyons qu'il n'est pas de travail inflammatoire qui puisse expliquer les ramollissements dont la couleur est plus blanche que le tissu même du cerveau, et que nul symptôme inflammatoire n'annonce. Nous ne saurions croire qu'à mesure que la maladie fait des progrès, la rougeur, l'injection, la turgescence inflammatoire diminuent, et que sous cette nouvelle forme elle puisse représenter le ramollissement blanc. Nous ne croyons pas, non plus que les auteurs que nous réfutons, qu'une maladie change de nature parce qu'elle change de couleur; mais il n'est pas démontré pour nous qu'il y ait eu changement de couleur. Nous ne croyons pas que le ramollissement dont nous parlons soit la terminaison par suppuration de l'encéphalite; il n'y a là aucune trace de suppuration. Le pus, dans ce cas qui nous occupe, n'a nullement pris la place du sang; il n'est point infiltré comme lui dans la substance cérébrale; il faut n'avoir jamais vu de ramollissement blanc pour soutenir une pareille opinion. Il est impossible de ne pas reconnaître l'infiltration de pus dans la substance cérébrale; mais cette infiltration ne donnera jamais lieu à une dégénération plus blanche que la substance médullaire et que le pus lui-même. Que la pénétration du pus pâlisse la substance grise, fort bien, parce qu'elle est plus foncée que lui; mais qu'elle blanchisse la substance blanche, plus blanche que le pus lui-même, au point de lui donner l'aspect du lait pur, c'est difficile à comprendre; cette explication nous paraît forcée.

Que sera-ce si nous parlons de ces ramollissements multiples, couleur lie de vin, survenus tout-à-coup,

la plupart du temps sans signes précurseurs, et qui ressemblent exactement à un effort hémorrhagique avorté ou à des ecchymoses scorbutiques? On ne manquera pas de nous dire que c'est encore là un degré de l'inflammation, la pénétration du sang dans le tissu du cerveau. Mais ici il faut admettre que l'inflammation a lieu sans travail inflammatoire, et que le scorbut est une inflammation, etc., ou bien dire qu'on n'y croit pas, ce qui est plus simple.

Au reste, remarquez que ce n'est là qu'un point bien moins important qu'on ne cherche à le faire croire; car, si l'on admet que toutes les maladies cérébrales sont des encéphalites, on ne devra pas moins admettre qu'il en est d'une multitude d'espèces, qu'il en existe d'aiguës avec phénomènes de réaction, de chroniques sans phénomènes de ce genre, de latentes, etc.; et dès lors on conviendra que le même mode de traitement ne saurait être applicable.

Qu'il nous sera plus facile de prouver que l'hémorrhagie cérébrale ne peut être le résultat de l'encéphalite! Dans la majorité des cas, absence de phénomènes précurseurs; la maladie frappe un individu dans la plénitude de la santé, au moment où il se livre à ses occupations ou à ses plaisirs. Il n'existait pas la plus légère céphalalgie, pas le moindre symptôme encéphalique; tout-à-coup, il tombe, il perd connaissance. Est-ce là la marche d'une phlegmasie? Je suis pris dans un salon, au milieu d'une conversation, sans la moindre douleur locale, d'une hémorrhagie nasale : ai-je une inflammation de la pituitaire?

Mais l'âge ossifie les vaisseaux, leurs parois deviennent fragiles, ils se rompent par l'abord un peu plus considérable du sang vers l'encéphale : ce fluide s'infiltre dans sa substance, la divise, la déchire, s'y forme des foyers, se fait jour au-dehors des hémisphères ou dans les ventricules; et vous allez prendre ces altérations pour des résultats de la phlegmasie! vous n'êtes pas difficile à contenter.

Il est bien vrai que l'hémorrhagie peut arriver au centre d'une portion de cerveau ramollie; mais alors c'est une véritable complication de deux maladies différentes; alors il a existé un ramollissement antérieur. Rien n'empêche en effet qu'une hémorrhagie n'arrive dans une portion du cerveau qui a perdu sa cohésion.

Il est encore bien vrai que, le sang agissant comme un corps étranger, il survient autour du foyer une véritable inflammation; mais c'est alors un phénomène consécutif. Quant à la raison qui fait dire que les cicatrices qui suivent les hémorrhabies cérébrales sont le résultat de l'inflammation, parce qu'il n'y a que l'inflammation qui fait les cicatrices, elle est spécieuse; mais je crois que l'absorption peut très-bien enlever des liquides épanchés, favoriser par là le rapprochement des parois des foyers et peut-être leur adhésion sans travail inflammatoire. Les prétendues érosions ulcéreuses ne seraient seulement pas citées à l'appui de l'opinion que nous réfutons, si, au lieu de s'en rapporter à Morgagni et autres, on eût vu ces érosions, ces ulcères sur le cadavre; on y aurait toujours reconnu une déchirure purement mécanique.

Nous ne croyons pas qu'il ne se forme des exhalations sanguines que dans les tissus ulcérés, rongés, désorganisés, cancérés : les hémorrhagies dans le tissu pulmonaire sain, dans le foie, etc., en sont la preuve indubitable; et de ce que les surfaces ulcérées, les cavernes, qui laissent exhaler du sang, sont la cause et non l'effet des hémorrhagies, ce n'est pas une raison pour que toutes les hémorrhagies soient produites par cette cause.

Les traces que l'hémorrhagie laisse dans le cerveau ne me paraissent pas toujours les suites de l'inflammation; je ne conçois pas qu'on ait pu avancer que la couleur jaune serin des parois des kystes apoplectiques soit due à la suppuration résorbée; je ne sais sur quel fondement on a pu appuyer une semblable assertion, puisqu'on peut suivre quelquefois sur le même sujet, lorsqu'il a eu à diverses reprises plusieurs attaques d'apoplexie, toutes les nuances par où passe le sang avant de disparaître complètement. Je dois dire ici que j'ai vu fréquemment, chez des individus qui avaient éprouvé de nombreuses apoplexies, des infiltrations séreuses renfermées dans des espèces de mailles celluleuses inextricables; ces exhalations séreuses pénétraient quelquefois la substance même du cerveau, et en diminuaient la consistance.

Lorsque les traces que laisse l'hémorrhagie cérébrale sont évidemment inflammatoires, il me semble qu'il y a plus de raisons pour les croire consécutives que primitives.

On a regardé aussi comme une suite de l'encéphalite l'induration du cerveau; mais c'est ici une simple conjecture, et les preuves sur lesquelles on s'appuie ne sont fondées que sur des raisonnements et sur l'analogie.

Quant à la congestion sanguine, nous ne consentirons jamais à la considérer comme une variété de l'encéphalite, pas plus que nous ne considérerons la rougeur, la chaleur des joues d'une personne qui éprouve un mouvement de pudeur, comme une variété de l'érysipèle; cet exemple identique prouve que le rapprochement est un peu forcé.

Nous parlerons plus tard des névroses, etc.; abordons sur-le-champ la question des productions accidentelles. Elles sont, dit-on, des résultats de l'encéphalite. Quoi! même un ver vésiculaire est le résultat de l'encéphalite? Mais vraiment cette encéphalite a bien du pouvoir : elle produit les congestions, les hémorrhagies, les suppurations, les ramollissements, les endurcissements, les fongus, les cancers, les tubercules et les vers, etc., etc.; c'est merveilleux. Il est vraiment fort singulier que nous nous obstinions à leur croire une origine différente, fort singulier que nous ne soyons pas entraînés par la force des raisonnements suivants :

Il existe plusieurs analogies entre les tubercules et les abcès. « Donnez à la matière qui constitue ceux-ci une consistance d'albumine coagulée ou une cohésion caséeuse, et vous ferez un tubercule; ramollissez, liquéfiez au contraire la matière tuberculeuse, et vous obtiendrez un abcès. »

« Le tubercule n'est, *pour ainsi dire*, que la matière de la suppuration sous forme solide, et l'abcès est cette même matière sous forme liquide. » Est-il possible qu'on puisse se contenter aujourd'hui de semblables balivernes? et puis on nous dira : *Prouvez-nous le contraire.*

« Le cancer et ses variétés ne sont que le résultat de l'infiltration du pus dans la substance cérébrale. »

Ainsi le ramollissement blanc et le cancer sont la même chose; ils ne varient que pour leur consistance. Mais ces auteurs qui prétendent avoir suivi à l'extérieur tous les modes de l'inflammation, ont-ils assisté au développement du cancer de la peau, ont-ils vu l'apparition d'une petite tumeur dure, semi-transparente, lancinante, s'étendant de proche en proche, et peuvent-ils m'assurer que ce soit là la manière dont se conduit une inflammation qui suppure?

Nous ne contestons pas que l'inflammation ne favorise beaucoup la production des tubercules, des cancers, etc.; mais qu'on me dise pourquoi ce ne sont pas toujours des tubercules, des cancers, des kystes, des tumeurs érectiles, etc. Il faut bien qu'il y ait là quelque prédisposition; et dès lors cette prédisposition sera le point important, le point capital, et l'inflammation une circonstance générale secondaire.

Les ossifications sont aussi le résultat de l'inflammation; mais pourquoi pas la digestion, la nutrition, l'accroissement? Les acéphalocystes sont aussi le résultat de l'encéphalite, etc. Les tumeurs érectiles reconnaissent la même cause, etc. Arrêtons-nous, et confessons que les auteurs qui soutiennent ces opinions n'ont jamais mieux fait que de dire :

« Pour nous, nous ne *croyons* pas qu'il soit prudent et philosophique de *croire*, en médecine, autre chose que ce qui est démontré. » C'est pourquoi nous qui ne *croyons* pas philosophique de *croire* autre chose que ce qui est démontré, nous attendrons des preuves ultérieures plus convaincantes. « En conséquence nous n'adopterons l'opinion de ces auteurs que lorsqu'elle sera appuyée sur des faits recueillis avec toute l'exactitude nécessaire. Mais, en attendant, qu'il nous soit permis de penser que des productions que nous voyons, *pour ainsi dire,* se former sous nos yeux lorsque l'inflammation affecte les parties extérieures du corps, que nous pouvons *presque* développer à volonté (faites donc un cancer, un tubercule, un fongus, un hydatide) en déterminant des irritations et des inflammations artificielles; qu'il nous soit permis, dis-je, de penser que ces productions peuvent être considérées, *du moins provisoirement*, comme les effets du travail inflammatoire. » Pour nous, nous n'adopterons l'opinion de ces auteurs que lorsqu'elle sera appuyée sur des faits recueillis avec toute l'exactitude nécessaire, et jusque-là qu'il nous soit permis de penser que des choses si variées, si différentes, ne sont pas le résultat d'une cause identique, et qu'à le supposer même, ce ne serait pas dans ce qu'elles ont de commun qu'il importerait le plus de les considérer, mais dans ce qu'elles offrent de différent; et qu'il serait plus utile de reconnaître pourquoi l'inflammation fait un cancer, un tubercule, etc., que d'affirmer qu'ils sont l'effet d'un travail inflammatoire, et qu'il n'en faut pas savoir davantage.

§ II. *Diagnostic des maladies de la moelle épinière.*

Le diagnostic des maladies de la moelle épinière est bien plus obscur que celui des maladies de l'encéphale. Cette obscurité n'est cependant pas telle qu'on ne puisse parvenir encore à dérober à la nature quelques-uns de ses secrets. M. le docteur Ollivier, qui s'est particulièrement occupé de ces maladies, et qui a publié un ouvrage estimable sur la moelle épinière, a bien voulu nous communiquer l'extrait qu'on va lire.

Myélite.

Les médecins anciens connaissaient peu l'inflammation de la moelle épinière; ce n'est que depuis que l'anatomie pathologique est en vigueur qu'on a reconnu l'existence de cette maladie, et qu'on a porté l'attention sur elle.

« D'après ce qu'ont écrit les auteurs sur la myélite, il est très-difficile de distinguer les symptômes qui lui sont propres, parce qu'ils ont le plus souvent confondu cette inflammation avec celle des enveloppes de la moelle. Cependant il paraît que le symptôme le plus constant est une douleur excessivement aiguë et profonde, accompagnée d'un sentiment de chaleur âcre dans la longueur du rachis, et que les mouvements exaspèrent considérablement. Il est pourtant douteux qu'il y ait eu myélite dans cette dernière circonstance; J. Frank dit positivement qu'il n'a jamais observé d'accroissement de la douleur dorsale par les mouvements. Le malade est couché tantôt sur le ventre, et tantôt sur le dos. Cette dernière position aggrave la douleur, suivant Klohss, surtout lorsque le malade repose sur un lit de plume et non sur un matelas.

« A la douleur dorsale, qui existe bien plus fréquemment dans un point seulement du dos que dans toute sa longueur, se joint un état de stupeur accompagné de fourmillements incommodes dans les membres abdominaux : cette stupeur est d'autant plus prononcée que l'inflammation est plus rapide; elle se termine par la paralysie plus ou moins complète. Quelquefois le malade ne peut remuer les membres inférieurs, qui sont le siége de douleurs excessives, que le plus léger contact exaspère à un point extrême; c'est ce que M. Ollivier a observé une fois entre autres chez un malade; le drap seul ne pouvait être supporté. L'excrétion involontaire des matières fécales et de l'urine ou leur rétention a lieu plus ou moins complètement. Ordinairement la constipation et la rétention d'urine existent dans le début de la maladie. On n'observe les phénomènes contraires que plus ou moins longtemps après l'invasion. Dans quelques cas rares, on les a cependant vus dès le commencement. Enfin, la constipation peut aussi exister jusqu'à la fin, et l'excrétion de l'urine rester volontaire.

« La paralysie qui suit la myélite a quelquefois une marche ascendante, de sorte qu'elle gagne la partie supérieure du tronc, les membres supérieurs, et détermine enfin la cessation de la respiration, et la mort par asphyxie. Dans quelques cas plus rares, on a vu au contraire ces accidents suivre une marche opposée, et se propager de haut en bas. Tantôt la paralysie du mouvement existe seule, le malade conserve la sensibilité; tantôt la sensibilité seule est abolie : enfin la paralysie du sentiment et du mouvement peut être également complète. Ces différences dépendent de la partie de la moelle qui est altérée, sa moitié antérieure présidant au mouvement, et sa moitié postérieure à la sensibilité. Assez ordinairement la paralysie se manifeste d'abord seulement dans un membre, mais passe bientôt dans celui du côté opposé, à cause du peu de volume de la moelle épinière. On a vu quelquefois des convulsions plus ou moins prolongées précéder la paralysie. Les membres sont parfois dans un état de contraction permanente et douloureuse; d'autres fois ils sont flasques, sans nulle rigidité.

« La myélite, qui peut avoir son siége dans toute l'étendue de la moelle épinière ou dans une portion seulement de sa longueur, se décèle alors par des phénomènes qui annoncent dans quelle partie elle réside. Si c'est dans la région supérieure, dans celle qui est plus ou moins voisine de la protubérance annulaire, il y a souvent alors trouble des sens, délire furieux, etc.; en un mot, tous les symptômes qui caractérisent l'inflammation cérébrale; paralysie de tout le corps, et mort rapide avec tous les accidents de l'asphyxie : on a vu quelquefois dans ce cas des symptômes d'hydrophobie.

« Quand la portion cervicale est le siége de l'in-

flammation, on remarque assez souvent une rigidité prononcée dans les muscles du cou, de même que dans les membres supérieurs, qui sont quelquefois agités de mouvements convulsifs, et qui ne tardent pas à être paralysés. Cette paralysie, qui commence toujours dans un des membres thoraciques seulement, est précédée par un sentiment d'engourdissement dans les extrémités des doigts. Cette sensation remonte graduellement de la main à l'avant-bras et au bras, et bientôt alors elle est remplacée par la perte du mouvement et quelquefois du sentiment en même temps. La respiration est ordinairement laborieuse, très-pénible, et ne s'opère que par le diaphragme. M. Ollivier a vu dans un cas la déglution excessivement difficile.

« Lorsque l'inflammation réside dans la portion dorsale de la moelle entre les deux renflements, on observe plus particulièrement alors des secousses convulsives et continues du tronc, auxquelles les membres ne participent pas, à moins que la désorganisation n'occupe une partie des renflements. La respiration est courte, précipitée, diaphragmatique; il y a des palpitations, des battements de cœur irréguliers et forts. A ces symptômes se joignent, suivant M. Pinel fils, l'anéantissement presque complet des fonctions du système nerveux, et un état fébrile général marqué par l'excitation de toutes les fonctions.

« Enfin, quand le renflement lombaire est le siége de la myélite, on observe plus particulièrement la paralysie des membres inférieurs, l'écoulement involontaire ou la rétention des matières fécales et de l'urine, avec une douleur profonde bornée à la région lombaire. On a remarqué aussi un satyriasis plus ou moins prononcé quand la maladie résultait d'une chute ou d'un coup.

« Dans la myélite chronique il n'existe assez souvent aucun sentiment douloureux; cependant il n'est pas rare de rencontrer des individus chez lesquels la maladie s'annonce long-temps avant qu'aucun symptôme de la paralysie se manifeste, par un état douloureux des membres, qui en rend la moindre pression pénible, et qui est accompagné d'une douleur plus ou moins circonscrite dans la longueur du rachis. Quelquefois le médecin et le malade lui-même ne reconnaissent cette dernière circonstance qu'en portant successivement l'extrémité des doigts sur la série des apophyses épineuses, et en appuyant légèrement sur chacune d'elles. C'est ainsi qu'on distingue les douleurs rhumatismales de celles que ressent le malade, lesquelles dépendent de la myélite chronique, et sont souvent accompagnées d'un simple défaut de force dans les mouvements. Enfin, la paralysie des membres, de la vessie et du rectum se prononce graduellement, en même temps qu'il y a une diminution sensible dans la chaleur des parties paralysées; la transpiration cutanée cesse également de s'y manifester.

« La myélite peut être, comme on l'a vu, aiguë ou chronique. Dans le premier cas, ses progrès sont quelquefois si rapides, que la mort arrive le troisième et le quatrième jour; elle peut se prolonger jusqu'au quinzième et au dix-huitième. Cette inflammation ne se termine pas toujours par la mort, mais les exemples de guérison sont très-rares. A l'état chronique elle n'est pas suivie aussi souvent d'une issue funeste, et les malades peuvent vivre dix, douze et vingt ans, frappés ainsi d'une paralysie des quatre membres, en conservant toute l'intégrité de leurs facultés intellectuelles.

« Les caractères organiques de cette maladie sont à peu près les mêmes que ceux de l'encéphalite. »

Méningite rachidienne.

« L'inflammation des enveloppes membraneuses de la moelle est rarement bornée au canal rachidien; le plus souvent elle se propage à celles du cerveau dans une étendue variable : aussi observe-t-on fréquemment des symptômes de méningite cérébrale avec ceux qui dénotent la méningite rachidienne. Mais si l'on isole ces derniers des premiers, on voit qu'il existe constamment dans cette inflammation, à l'état aigu, deux symptômes qui sont sinon toujours réunis, au moins le plus ordinairement.

« Le premier consiste dans une contraction générale des muscles de la partie postérieure du tronc, qui peut varier depuis la simple rigidité musculaire jusqu'à la contraction la plus violente. Il en résulte un renversement de la tête et du tronc en arrière (opisthotonos), le rachis formant une espèce d'arc inflexible dans toute sa longueur. On doit noter cependant que, dans la méningite qui occupe la base du cerveau, la portion cervicale du rachis se courbe quelquefois en arrière; mais alors le reste du tronc conserve sa rectitude et sa souplesse habituelles. Le second symptôme est une douleur plus ou moins vive dans toute la région dorsale, douleur dont la violence est variable; elle semble naître en général du point où l'inflammation a le plus d'intensité, et là aussi elle est toujours plus aiguë. Assez souvent elle offre des rémissions et quelquefois même des intermittences complètes. Suivant quelques auteurs, elle est exaspérée par la pression. M. Ollivier n'a jamais observé ce fait; mais ce qu'il a constamment vu, c'est que les plus légers mouvements l'augmentent au point de faire jeter des cris au malade. La douleur suivant la longueur du rachis est un signe assez constant de la méningite rachidienne aiguë.

« Ce qui peut servir surtout à faire distinguer cette inflammation de celle de la moelle épinière elle-même (myélite), c'est qu'en général, et du moins dans tous les cas observés ou rapportés par M. Ollivier, on n'a pas remarqué de lésions dans la sensibilité des membres inférieurs : toujours cette propriété a persisté jusqu'à la fin, tandis qu'elle est constamment altérée et plus ou moins incomplètement éteinte dans la myélite proprement dite. M. Ollivier considère cette circonstance comme fort importante, puisqu'elle achève de caractériser l'inflammation bornée aux seules enveloppes méningiennes du cordon rachidien.

« Dans quelques cas on a vu les malades accuser même une douleur aiguë dans les membres, avec une raideur plus ou moins prononcée; en outre, le trismus, des convulsions ou la paralysie. La respiration difficile, anhéleuse; la rougeur de la face, les yeux vifs, brillants; la soif intense, la déglutition difficile; le pouls fréquent, plus ou moins fort, etc., sont des symptômes qu'on remarque quelquefois, mais spécialement quand le cerveau ou ses membranes participent à l'inflammation.

« La marche de la méningite rachidienne est ordinairement rapide, et sa terminaison funeste. Le plus souvent les malades succombent le huitième, le dixième ou le quinzième jour, quelquefois le troisième ou le sixième. M. Ollivier l'a vue se prolonger à l'état aigu jusqu'au trentième jour. Il est à remarquer que les phénomènes morbides suivent une marche ascensionnelle, de sorte qu'on voit la raideur ou la difficulté des mouvements survenir graduellement dans les membres supérieurs, et après qu'on a observé ces symptômes dans les membres inférieurs. Les lésions cadavériques prouvent en même temps cette progression ascendante

de l'inflammation. Des observations assez nombreuses l'ont convaincu que cette inflammation peut passer à l'état chronique; elle est accompagnée alors de symptômes fort obscurs ou tout-à-fait inappréciables. Quelques altérations pathologiques, comme des adhérences, des épaississements de ces membranes, annoncent aussi que cette phlegmasie est susceptible de guérison, mais les exemples en sont rares.»

Quant aux maladies qui altèrent profondément le tissu de la moelle épinière, ou qui, développées dans les parties circonvoisines, compriment cet organe et empêchent ses fonctions, leur diagnostic différentiel est encore peu avancé. Elles ont pour symptômes communs ceux qui accompagnent la compression lente de cet organe, et ses symptômes varient suivant la hauteur à laquelle est placée la lésion organique, et suivant aussi qu'elle occupe toute la moelle, ou bien une partie. Ainsi, lorsqu'une altération organique est située dans la région lombaire, si elle est encore peu développée, qu'elle ne comprime ou ne détruise qu'une partie de cet organe, il peut y avoir engourdissement, douleur, fourmillement, picotement, insensibilité, difficulté de mouvoir le membre pelvien situé du côté opposé à la lésion organique. A mesure que la maladie détruit ou comprime la moelle tout entière, ce n'est plus une hémi-paraplégie qui existe, c'est une paraplégie plus ou moins complète; les phénomènes qui existaient d'un côté commencent à se faire sentir de l'autre, à mesure qu'ils deviennent eux-mêmes plus prononcés. Enfin, au bout d'un temps plus ou moins long, suivant la nature et la marche de la maladie, la paraplégie est complète. Il y a perte du mouvement, et quelquefois perte du sentiment, dans les extrémités inférieures; la mixtion et la défécation, d'abord difficiles, finissent par devenir impossibles. Il faut sonder les malades pour les faire uriner, et aller à la recherche des matières fécales; car les purgatifs ne produisent aucun résultat, et enflammeraient plutôt les intestins. Le malade traîne une existence malheureuse, qui se termine enfin par des escarres gangréneuses, qui naissent sur tous les points de pression, par l'infiltration générale, etc.

Lorsque la maladie occupe la région dorsale, à ces phénomènes se joignent souvent ceux d'une respiration difficile, par la difficulté des mouvements des muscles inspirateurs, animés par les nerfs intercostaux. Enfin, lorsque l'altération organique occupe la région cervicale, outre les phénomènes propres aux lésions précédentes, il faut joindre des accidents semblables dans les membres thoraciques, de plus quelques troubles dans la voix et la parole, et souvent des mouvements spasmodiques dans les membres. Cet appareil de symptômes est accompagné de peu de douleurs dans la partie malade; il se développe avec plus ou moins de lenteur, et rarement on observe des phénomènes généraux de réaction, ou simplement sympathiques.

Les maladies qui les produisent sont le cancer et ses variétés, le tubercule, les tumeurs fongueuses, les tumeurs osseuses, les hydatides, la déviation et la carie des vertèbres, enfin la plupart des altérations morbides dont nous avons tracé les caractères dans nos généralités.

Le cancer de ces parties pourrait être reconnu à des douleurs lancinantes, revenant par intervalles, se rapprochant vers la fin de la maladie; à la teinte jaune paille de la peau; à l'existence d'un cancer dans une autre partie du corps; à l'âge du malade, puisqu'il est rare que cette maladie attaque les très-jeunes sujets.

Le tubercule se reconnaîtrait à l'existence de cette maladie dans un autre organe; à l'âge du sujet ordinairement jeune, et à l'absence des signes précédents.

La déviation et la carie de la colonne vertébrale sont faciles à constater par la simple inspection.

Les tumeurs osseuses intérieures pourraient coexister avec des tumeurs semblables au-dehors, et avec une disposition syphilitique générale.

Quant aux autres, il est, je crois, impossible, dans l'état actuel de la science, de leur assigner quelques caractères; mais leur extrême rareté doit faire peu regretter cette lacune.

Depuis que cet article est écrit, M. le docteur Calmeil, ancien élève de notre hospice, a publié un travail intéressant sur le sujet que nous venons d'indiquer. Le lecteur pourra le consulter avec fruit.

Les recherches de ce médecin distingué, qui ont été insérées dans le *Journal des progrès des sciences et institutions médicales*, sont divisées en deux parties; dans la première, l'auteur traite de *l'anatomie* et de la *physiologie* de la moelle épinière; on y reconnaît aisément qu'il n'est étranger à aucune des découvertes modernes, et qu'il a surtout beaucoup vu par lui-même. Dans la seconde partie, il y traite de la *pathologie* de cet organe; douze observations détaillées, accompagnées de réflexions judicieuses, forment la base de ce travail. Ce qui nous a particulièrement frappé, c'est l'invasion subite du ramollissement de la moelle épinière, au moins dans la première moitié des observations citées. Il faut bien croire que cela est ainsi, puisque c'est M. Calmeil qui l'écrit.

§ III. *Diagnostic des maladies des appareils sensitifs.*

Les maladies des organes des sens sont très-nombreuses, et tellement qu'elles ont donné lieu à des traités spéciaux volumineux; et c'est dans ces traités qu'on doit les étudier. MM. Scarpa, Sœmmering, Demours, et un grand nombre d'autres, ont publié des monographies importantes sur les maladies des yeux; M. Itard a fait un beau travail sur les maladies de l'oreille; M. Hipp. Cloquet a réuni, sous le titre d'Osphrésiologie, tout ce qui concerne les maladies du nez. La seule analyse, quelque succincte qu'on la supposât, de ces divers écrits, dépasserait de beaucoup les bornes de cet ouvrage. D'ailleurs la chirurgie s'est emparée de la plupart des affections des sens, et nous n'exposerons ici qu'un très-petit nombre d'entre elles.

Les maladies des appareils sensitifs peuvent avoir leur siége, 1°, dans les parties constituantes de l'organe; 2°, dans le nerf qui reçoit et conduit l'impression au cerveau; 3°, dans le cerveau lui-même, dans le centre de perception. Les altérations des sens dépendantes des maladies du centre de perception ne peuvent être regardées que comme des symptômes de ces maladies : voilà pourquoi il est très-important de distinguer ces cas, si l'on veut faire une médecine rationnelle et ne pas s'exposer à combattre une maladie pour une autre. Nous les avons signalées dans plusieurs endroits de cet ouvrage. Celles qui dépendent de l'altération morbide des nerfs sont obscures, difficiles à distinguer; enfin parmi celles l'organe lui-même il en est un petit nombre qui sont de notre ressort.

Ophthalmie.

L'ophthalmie et l'amaurose sont les seules maladies dont nous ayons à tracer les caractères, encore

l'une et l'autre sont-elles réclamées par la chirurgie. Quant aux diverses névroses de la vue et des sens en général, nous pensons qu'elles ne sont que des symptômes d'autres affections dont on ne doit nullement les séparer.

L'ophthalmie s'annonce par la cuisson, la chaleur des yeux, un picotement insupportable, accompagné de larmoiement. Ces phénomènes sont plus ou moins prononcés suivant que l'ophthalmie doit être plus ou moins intense. On observe quelquefois des symptômes généraux lorsque la maladie doit être violente; un frisson suivi de chaleur en signale l'invasion, et ses prodrômes sont les mêmes que ceux des affections aiguës.

Bientôt la conjonctive oculaire perd sa blancheur; elle prend une teinte rosée, tantôt uniforme, tantôt inégale, sillonnée par des vaisseaux capillaires visiblement injectés. Le picotement, la cuisson, la douleur deviennent plus vifs; le malade ne peut supporter une forte lumière; tout le globe de l'œil est douloureux; des grains de sable semblent interposés entre l'œil et les paupières; la vue se trouble, et l'on peut apercevoir que la cornée a perdu de sa transparence. Une chaleur incommode, vive, insupportable, se fait sentir dans ces organes.

Tous ces symptômes peuvent croître à un point extraordinaire; la cuisson et la douleur peuvent être insupportables; la plus faible lumière produit une impression douloureuse; la conjonctive n'est plus simplement injectée; elle devient rouge, écarlate, pourpre; les paupières se collent l'une contre l'autre; la pupille se rétrécit; les malades froncent les sourcils pour éviter la lumière; des larmes abondantes arrosent leurs joues, et quelquefois les corrodent; d'autres fois, au contraire, l'œil est parfaitement sec.

Plus tard, vers le onzième jour environ, la tuméfaction de la conjonctive est telle qu'elle forme une saillie, un véritable bourrelet autour de la cornée transparente, et sort d'entre les paupières : c'est ce qu'on appelle un *chemosis*.

Vers le quinzième jour, mais plus tard ou plus tôt suivant les moyens employés, et suivant aussi l'intensité de l'inflammation et sa cause, tous ces symptômes s'arrêtent, s'amendent, diminuent; la chaleur est moins vive; la cuisson, le picotement, la douleur, sont plus supportables; la rougeur n'est pas moindre, mais on voit qu'elle prend un autre caractère; elle n'a plus l'aspect de la turgescence, de l'irritation; les larmes se troublent par le mélange d'une sécrétion puriforme qui a lieu sur la conjonctive; elles perdent leur acreté, deviennent douces; enfin, plus tard, elles reprennent leur caractère normal, et tous les phénomènes que nous venons d'exposer disparaissent. La rougeur seule persiste plus long-temps; elle peut même durer un temps indéterminé; ce que Scarpa attribue à l'afflux mécanique du sang dans les vaisseaux primitivement développés par l'inflammation.

Dans l'ophthalmie intense on observe des phénomènes sympathiques plus ou moins graves : l'insomnie, une céphalalgie violente, le battement des artères temporales, la chaleur générale, la soif, accompagnent cette espèce d'inflammation.

A la suite des ophthalmies, on observe des taches sur la cornée, qui portent le nom de taies, et qui sont souvent ineffaçables : c'est l'accident le plus commun. Il en est d'autres, tels que la suppuration des paupières, etc., qui sont moins fréquents.

On a distingué un assez grand nombre d'ophthalmies. Ces distinctions ne sont pas sans importance pour le traitement; aussi les indiquerons-nous. On a établi une ophthalmie des nouveau-nés, ophthalmie puriforme; elle est surtout remarquable par les phénomènes généraux graves qu'elle occasionne : cris, larmes, tremblements continuels, convulsions, insomnies, vomissements; surtout elle est redoutable parce qu'elle occasionne l'opacité prompte et générale de la cornée.

L'inflammation totale du globe de l'œil doit être distinguée de la maladie dont nous parlons, en ce qu'elle est beaucoup plus grave que la précédente, qu'elle fait naître le délire, l'inflammation du cerveau et des méninges, et se termine souvent par la mort. La suppuration du globe de l'œil est une de ses terminaisons ordinaires. Mais si ces distinctions sont utiles, nous ne croyons pas qu'il soit fort intéressant de décrire à part l'inflammation de l'iris, de la choroïde, du cristallin même, enfin de toutes les parties constituantes de l'œil.

L'ophthalmie varie suivant la disposition particulière de l'individu qu'elle attaque. Elle peut être dartreuse, scrofuleuse, blennorrhoïque, vénérienne, variolique, etc. Enfin elle passe souvent à l'état chronique; alors elle est moins violente; elle est ordinairement bornée aux bords libres des paupières.

Amaurose.

Il ne faut pas oublier que l'amaurose peut n'être qu'un symptôme d'une affection cérébrale ou du nerf optique. On l'a vue accompagner l'oblitération ou la dilatation anévrysmatique de l'artère optique, l'ossification de la rétine, son changement en tissu fibreux, la destruction du nerf optique, son oblitération, sa compression par une tumeur sanguine, cancéreuse, tuberculeuse, osseuse du cerveau ou de ses enveloppes; le ramollissement, la désorganisation de l'encéphale dans le voisinage des nerfs optiques, l'inflammation et l'épaississement des méninges; on a trouvé quelquefois des tumeurs fibreuses ou squirrheuses dans les nerfs optiques eux-mêmes, etc. Mais l'amaurose est aussi souvent le résultat d'une altération insensible du nerf optique et de son expansion.

La perte complète ou presque complète de la vue, survenant tout-à-coup ou d'une manière graduelle, avec transparence ordinairement parfaite de toutes les parties de l'œil et immobilité de la pupille, constitue l'amaurose.

Lorsque l'amaurose est subite, le malade perd tout-à-coup la faculté de voir; mais lorsqu'elle est graduelle, les objets éloignés ou légèrement éclairés cessent d'être aperçus; des filaments, des brouillards, des toiles d'araignées voltigent sans cesse devant les yeux, suivent les regards, importunent les malades, qui souvent cherchent à s'en débarrasser en se frottant le globe de l'œil. Ces phénomènes augmentent, ils voilent fortement les objets. La pupille se dilate, conserve sa transparence, mais devient immobile dans la majorité des cas. Il peut survenir un léger strabisme, et quelquefois la prunelle devient irrégulière : elle peut se dilater considérablement, ou, au contraire, se rétrécir beaucoup, au point de s'effacer presque complètement. Dans certains cas, on aperçoit une teinte bleuâtre, grisâtre, à travers cette ouverture. Il est rare, lorsque l'amaurose est complète, que l'iris conserve quelque mobilité : les cas où ce phénomène a été observé sont même révoqués en doute.

L'amaurose peut être héréditaire ou acquise, symptomatique, sympathique, métastatique, idio-

pathique, complète, continue, incomplète, intermittente et périodique.

La plus grande difficulté dans le diagnostic consiste à distinguer si l'amaurose est idiopathique ou symptomatique d'une affection cérébrale : nous devons même avouer que cette distinction est le plus souvent impossible, à moins cependant que la maladie primitive ne soit bien caractérisée. Quant à la distinction de l'amaurose des autres maladies de l'œil, elle est en général facile, et les cas qui présentent quelques difficultés sont très-rares.

Otite, otalgie, dysécée, paracousie, etc.

L'inflammation de l'oreille a son siége, soit dans le conduit auditif externe, soit dans l'oreille interne elle-même. Il existe à peu près entre ces deux espèces d'inflammation la même différence qu'entre l'ophthalmie proprement dite et l'inflammation du globe de l'œil. La première est souvent légère ; la seconde peut occasionner l'encéphalite, la méningite, et être suivie de la mort.

Suivant le siége et l'intensité de l'inflammation, il peut y avoir ou ne pas y avoir de prodrôme. Une douleur plus ou moins intense arrivant subitement ou d'une manière graduelle se fait sentir ; en même temps l'ouïe devient dure ou s'exalte ; le malade éprouve de la chaleur, de la tension dans l'oreille malade ; il entend des bruits de cloches, de vents, de ruisseaux ; des sifflements, des bourdonnements, des tintements de toute espèce ; le moindre bruit devient difficile à supporter, et même intolérable. Si l'otite est violente et interne, il existe de la céphalalgie, de l'insomnie, du délire même ; les enfants poussent des cris, se plaignent continuellement ; il survient des pertes de connaissance, des convulsions ; enfin le cortége des phénomènes généraux accompagne alors cette phlegmasie.

Elle peut se propager jusqu'aux méninges et à l'encéphale ; alors les symptômes des phlegmasies de ces organes se joignent à l'otite. D'autres fois les maladies cérébrales commencent, et l'otite n'est qu'un effet consécutif. La mort peut alors terminer cette affection.

Lorsque l'otite est simple, externe et peu intense, elle se termine par résolution au bout de sept ou huit jours ; dans les cas plus graves, elle dure quinze, vingt ou vingt-cinq jours et même plus ; elle se termine alors par suppuration : une espèce de liquide séreux, ou purulent ou sanguinolent, s'écoule par l'oreille, et souvent par la trompe d'Eustache. La destruction du tympan, l'ulcération des parties molles, la carie de quelques os de l'oreille, l'épaississement de la membrane qui tapisse le conduit guttural, l'oblitération de ce conduit, et par suite la dureté de l'ouïe, etc., sont les suites les plus ordinaires de l'otite grave. Cette maladie peut aussi passer à l'état chronique.

Une douleur violente, subite, revenant par intervalles réguliers ou irréguliers, sans phénomènes de réaction, n'occasionnant aucun des désordres que produit l'inflammation, ne laissant à sa suite aucune trace sensible, affecte quelques individus, et a reçu des pathologistes le nom d'*otalgie*, parce qu'on a supposé que cette affection avait son siége dans le nerf acoustique ou dans la portion dure de la septième paire. Il est facile à ces traits de distinguer cette affection de la précédente.

Parlerons-nous de la dysécée, de la paracousie, de la surdité, ainsi que d'une multitude d'autres altérations du sens de l'ouïe ? Sont-ce là bien des maladies, ou simplement des symptômes ? Il ne faut que jeter un coup d'œil sur l'ouvrage de M. Itard pour se ranger de cette dernière opinion. Dès lors on conviendra que ces sujets sont mieux placés en traitant des maladies dont ils sont les effets. Nous devons simplement dire ici que l'inflammation chronique des parties constituantes de l'oreille, les abcès des parties voisines, les caries des os, les abcès du cerveau, etc., sont les causes les plus fréquentes de ces accidents ; qu'ils dépendent même souvent d'une altération insensible des nerfs, d'une paralysie, etc.

L'otorrhée de quelques auteurs ne doit être considérée que comme une otite chronique.

Des hémorrhagies peuvent s'effectuer par l'oreille externe : le diagnostic local en est très-évident ; mais la cause organique n'est pas toujours facile à reconnaître. Ces hémorrhagies sont ordinairement supplémentaires des règles. Elles peuvent être traumatiques, c'est-à-dire le résultat de la fracture des os de la base du crâne ou de toute autre lésion mécanique. Ces hémorrhagies sont d'ailleurs susceptibles des divisions que nous avons établies dans nos considérations générales.

Coryza.

L'inflammation de la pituitaire est généralement une maladie peu grave, malgré le voisinage de l'encéphale.

Elle s'annonce rarement par des signes précurseurs. Ses premiers symptômes sont la sécheresse de la membrane pituitaire, une douleur gravative qui se fait sentir vers les sourcils, dans la région qui correspond aux sinus frontaux, et quelquefois sous les yeux, vers les pommettes : les malades disent avoir toute la tête et la face entreprises ; les yeux sont brillants, larmoyants, et parfois légèrement endoloris ; l'orifice des narines est rouge et fendillé ; leur intérieur est le siége d'une chaleur et d'une tension incommodes ; l'odorat est obtus, la respiration plus ou moins gênée ; les malades dorment la bouche ouverte, sans doute à cause du gonflement de la pituitaire.

Au bout de deux ou trois jours, à l'état de sécheresse succède une sécrétion abondante de mucosité nasale, claire, limpide, âcre, irritant les parties voisines, la lèvre supérieure principalement. Au bout de quelques jours le liquide exhalé prend de la consistance, de l'opacité, et perd de son âcreté ; en même temps les phénomènes locaux diminuent d'intensité, et la résolution est ordinairement opérée vers le septième au dixième jour, lorsque les causes qui l'ont déterminée ne persistent pas.

L'épaississement de la membrane qui tapisse le canal nasal et l'oblitération de ce canal, d'où résulte une tumeur et une fistule lacrymales, sont les suites les plus fâcheuses de cette maladie. On observe aussi quelquefois après elle des ulcères rebelles de la pituitaire, la carie des os du nez, enfin, lorsque cette inflammation se répète, des polypes et autres altérations profondes des parties constituantes du nez. La terminaison par gangrène est justement révoquée en doute ; mais le coryza peut passer à l'état chronique.

J'ai eu occasion d'observer un écoulement abondant de mucus nasal arrivant tout-à-coup après une affection morale vive, et disparaissant aussi d'une manière spontanée après une durée de quelques moments ou de quelques heures ; je suis porté à croire que cette exhalation est sous l'influence encéphalique, et n'est pas le résultat d'un travail inflammatoire.

La diminution, la perte de l'odorat, reconnaissent, comme les altérations analogues de l'ouïe et de la vue, une multitude de causes organiques qui ont leur siége dans l'organe lui-même, ou dans le nerf ou dans le cerveau : ce que nous avons dit en parlant de l'amaurose s'applique donc au sens des odeurs.

Le coryza qui survient dans la rougeole, la scarlatine, la variole, etc., nous paraît participer de la nature de ces phlegmasies cutanées, et peuvent constituer des espèces distinctes.

Les hémorrhagies les plus fréquentes sont celles qui ont lieu sur la pituitaire; leur diagnostic a été établi dans la séméiologie : il n'offre en général aucune difficulté.

Inflammation de la bouche, stomatite.

Les lèvres, les gencives, la membrane buccale, la voûte palatine, la langue, sont exposées, ensemble ou séparément, à diverses maladies. Ces parties peuvent être enflammées, ulcérées, détruites, couvertes de diverses tumeurs, etc.; elles peuvent être le siége d'hémorrhagies, etc.

Leur inflammation doit principalement nous occuper ici. L'inflammation de la bouche peut être idiopathique, mais elle est plus souvent spécifique; c'est ainsi que la scarlatine, la rougeole, la variole, la syphilis, la diphthérite, les aphthes, produisent les inflammations spécifiques de ces parties.

L'inflammation de ces organes est caractérisée par une douleur, une chaleur plus ou moins vives, une rougeur intense, une sécheresse très-prononcée dans le début, et une tuméfaction sensible. Les gencives surtout sont susceptibles de se tuméfier d'une manière remarquable. Les fonctions dont ces parties sont chargées ne s'exécutent qu'avec difficulté. La mastication, la parole, le contact des corps introduits dans la bouche, surtout lorsqu'ils sont chauds ou sapides, occasionnent des douleurs violentes.

Il se forme, dans quelques espèces d'inflammation, des exsudations albumineuses, concrètes, grisâtres, qui se rassemblent en pelotons sur les dents, près les piliers du voile du palais, etc. Ces flocons empâtent la bouche, rendent la voix nasonnée. On aperçoit aussi quelquefois des espèces de plaques rondes, grisâtres, opaques, lardacées, qui diffèrent des aphthes, et dont on a aussi fait une espèce particulière d'inflammation, etc. Ces phénomènes locaux et fonctionnels peuvent présenter divers degrés d'intensité; ils peuvent occasionner des accidents généraux, tels que céphalalgie, soif vive, inappétence, chaleur à la peau, fréquence du pouls, etc., ou exister à un moindre degré sans déterminer ces phénomènes de réaction. Après une durée variable, tous ces signes perdent de leur violence, et la maladie se termine par résolution; quelquefois néanmoins il survient des ulcérations, et même des points et des plaques gangréneux : mais une terminaison assez fréquente, et que j'ai eu occasion d'observer plusieurs fois, c'est la suppuration de la membrane alvéolaire; lorsqu'on comprime les gencives sur les dents, il sort au point de contact une certaine quantité d'un pus très-fétide. Cette suite de l'inflammation des gencives est très-rebelle aux divers moyens thérapeutiques.

Les gencives se boursoufflent, et deviennent saignantes dans le scorbut et par l'usage du mercure. Elles peuvent être le siége de diverses tumeurs fongueuses et cancéreuses. La plupart des affections de ce genre appartiennent à la chirurgie.

Nous donnerons d'autres détails en traitant des diverses espèces d'angines.

Aphthes, muguet.

Mais il est une affection dont nous devons nous occuper d'une manière spéciale : ce sont les aphthes. Cette maladie est plus particulière à l'enfance, cependant elle peut affecter l'âge adulte. Plusieurs auteurs ont parlé des aphthes en traitant des maladies de la peau. Le célèbre professeur Pinel les rangeait avec raison parmi les phlegmasies des membranes muqueuses.

On donne le nom d'aphthes à une éruption qui se présente à son début sous la forme de petites pustules grises, blanches et convexes, ou déprimées à leur centre; elles soulèvent bientôt l'épiderme, s'ouvrent et s'ulcèrent plus ou moins profondément; les boutons s'affaissent promptement et sont remplacés par une espèce d'ulcération arrondie, environnée d'une aréole rouge. Quelque profonde que paraisse cette ulcération, il n'en résulte jamais de cicatrices. Les plaques occupées par les pustules restent quelquefois blanches; alors il se manifeste bientôt une nouvelle éruption : il peut ainsi se manifester plusieurs éruptions successives. Les pustules peuvent devenir brunes, ardoisées, noirâtres, ce qui est d'un fâcheux augure; la mort survient fréquemment dans ce dernier cas, lorsque l'éruption attaque des viscères importants. On a quelquefois observé une excrétion albumineuse, aphtheuse, excessivement abondante, qui entraîne souvent la perte des malades, lesquels succombent dans le marasme et l'épuisement. Le développement de ces pustules, leur état, leur maturation, leur décroissement, s'opèrent avec plus ou moins de rapidité. Cette éruption commence ordinairement par la face interne des lèvres, des joues; par les parties latérales inférieures de la langue, quelquefois par le voile du palais et par la luette. Elle acquiert promptement tout son développement; elle peut se borner à la bouche, mais elle s'étend fréquemment au pharynx, à l'œsophage, dans la plus grande partie du canal alimentaire; elle remonte dans les fosses nasales, ou descend dans le larynx et dans les bronches.

Cette éruption peut être symptomatique, c'est-à-dire survenir, ainsi que les pétéchies et le millet, dans une multitude d'affections différentes dont elle n'est alors qu'un épiphénomène, ou bien être idiopathique, c'est-à-dire former le principal phénomène d'une maladie, constituer une affection essentielle.

Les altérations organiques sont toujours celles que nous venons d'exposer, quel que soit le lieu que l'éruption occupe; mais les signes locaux fonctionnels varient suivant les organes malades. On conçoit en effet que les signes de cette maladie doivent exprimer le trouble de la fonction à laquelle préside l'organe affecté : ainsi, dans la bouche, la succion, la mastication, les mouvements de la langue, seront empêchés; dans le pharynx, la déglutition deviendra pénible et douloureuse; des altérations fonctionnelles de l'estomac et de l'intestin décèleront la présence de cette maladie dans ces viscères. Une voix rauque, enrouée, de la gêne dans la respiration, feront reconnaître son existence dans le larynx ou les bronches; une voix nasonnée fera soupçonner qu'elle est remontée vers les fosses nasales, etc.

Des phénomènes généraux, sympathiques, proportionnés à l'intensité, à l'étendue de la maladie,

à l'importance des organes entrepris, se manifeste tout : ainsi, l'on pourra observer de l'agitation, de l'insomnie, de l'anxiété précordiale, des hoquets, des vomissements, du dévoiement, de la difficulté à respirer, de la somnolence, de la stupeur, une chaleur violente dans la bouche, une soif ardente, de la fréquence dans le pouls, etc.

Cette éruption diffère du muguet ou blanchet, que nous allons faire connaître ; de l'angine couenneuse, pultacée et autres affections, dont nous parlerons bientôt avec quelque détail.

Le muguet, d'après M. Denis et quelques autres auteurs, est une phlegmasie des membranes muqueuses avec exsudation albumineuse lenticulaire ou en flocons. Cette maladie commence par un gonflement de l'extrémité et du bord de la langue, ou par une rougeur plus ou moins étendue de cet organe avec développement de ses papilles; une ardeur, une sécheresse insupportables de la bouche, une difficulté plus ou moins grande d'exercer les organes renfermés dans cette cavité ; succion, articulation, déglutition gênées, douloureuses, impossibles. Au bout de deux ou trois jours, il se manifeste des points semi-transparents, mais qui deviennent bientôt mats ou luisants; ces points se réunissent et forment des plaques blanches, irrégulières, bosselées, luisantes, adhérentes, plus ou moins étendues. Elles se développent à la partie interne des joues, des lèvres, au voile du palais, enfin sur toutes les parties de la bouche et de l'arrière-bouche, où elles offrent l'aspect d'une substance caséeuse ou crémeuse; l'éruption ne dépasse pas le bord des lèvres, où l'épiderme s'épaissit. La couleur de cette exsudation, ordinairement laiteuse, peut être jaune, grise, brunâtre, etc. ; elle est quelquefois tellement abondante, qu'elle recouvre exactement et sans intervalle tout l'intérieur de la bouche ; d'autres fois, elle est simplement disséminée en plaques circonscrites, irrégulières, en filaments, etc.

Les symptômes généraux de cette éruption sont les mêmes que les précédents, et varient suivant les mêmes circonstances. Les complications lui impriment des différences plus importantes. Cette affection peut se terminer par résolution, par l'état chronique, ou par la mort. Celle-ci arrive ordinairement lorsque le muguet naît à la fin d'une maladie grave.

Après la mort on peut trouver l'exsudation dont nous avons parlé dans tout le canal alimentaire et dans les voies aériennes. On avait pensé, et M. Denis avait écrit, que le colon était exempt de cette espèce d'éruption ; mais cet auteur a eu occasion depuis d'en voir quelques exemples. Cette exsudation a lieu immédiatement sous l'épithélium, ce qui est prouvé par le poli, le brillant de la couche albumineuse, et surtout par son adhérence; cette adhérence n'existe plus lorsque l'épiderme a été déchiré, ou dans les lieux où il est extrêmement fin et où son existence est même douteuse. Cette phlegmasie offre beaucoup d'analogie avec la diphthérite.

Glossite.

La glossite, ou inflammation de la langue, peut être légère ou violente; elle peut être idiopathique, mais elle est plus souvent l'effet d'une cause spécifique.

Après les signes précurseurs ordinaires, ou sans aucun de ces signes, la langue devient douloureuse, chaude, rouge, et se tuméfie. Lorsque le malade veut la mouvoir, les efforts qu'il fait sont pénibles, douloureux. Les signes locaux, faibles le premier jour, bornés à un point de l'organe, s'étendent et augmentent d'intensité ; la douleur devient très-vive, lancinante, brûlante ; le moindre contact d'un corps un peu consistant est insupportable ; les mouvements sont impossibles; la déglutition, la voix, l'articulation des mots, et surtout la succion, sont impossibles ; la rougeur devient plus vive, plus vermeille; mais l'accident le plus remarquable et le plus dangereux, c'est l'augmentation énorme et rapide du volume de l'organe : il est porté au point que la suffocation devient quelquefois imminente; l'introduction de l'air est totalement empêchée par le gonflement de la base de la langue, qui abaisse l'épiglotte et ferme le larynx.

La langue sort quelquefois de la bouche, et pend sur la lèvre inférieure : elle est recouverte d'un enduit épais, adhérent, muqueux; il s'écoule de la bouche une salivation visqueuse, abondante. Les phénomènes généraux qui accompagnent toutes les phlegmasies se joignent à ces phénomènes locaux, et sont ordinairement proportionnées à la violence de l'inflammation locale. Telle est la glossite idiopathique ; mais cette maladie est bien plus ordinairement un effet de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, et principalement de l'éruption aphtheuse, etc.

La glossite est ordinairement d'une courte durée; elle atteint rapidement son plus haut degré d'intensité, et se termine promptement la plupart du temps par résolution, rarement par suppuration, quelquefois par la gangrène et par la mort.

Il est rare que cette phlegmasie passe à l'état chronique ; mais le cancer de la langue peut survenir à la suite de cette maladie.

Cancer de la langue.

Cette affection a été rarement observée : elle occupe ordinairement la pointe de l'organe, et quelquefois ses bords. Lorsqu'il n'a pas existé d'inflammation préalable, la tuméfaction et l'induration de la langue sont les premiers phénomènes que l'on observe. Des élancements, rares d'abord, plus fréquents à mesure que la maladie fait des progrès, se font sentir et servent à faire reconnaître la nature de cette affection. Les mouvements de la langue sont pénibles et douloureux ; la mastication, la déglutition, la succion, enfin tous les actes de cet organe deviennent de jour en jour plus difficiles ; une salive d'une fétidité repoussante s'écoule de la bouche des malades; leur haleine est infecte, insupportable. Cette affreuse maladie marche d'abord avec lenteur ; mais si elle n'est pas combattue à temps par le seul moyen capable de l'arrêter, par l'ablation, elle envahit toute la langue, les parties environnantes, et conduit le malade au tombeau plus ou moins rapidement, mais toujours trop tard pour lui, puisque ce n'est qu'à travers les angoisses les plus inexprimables, les souffrances les plus horribles.

Les phénomènes généraux de l'affection cancéreuse se déclarent dans la dernière période : des hémorrhagies qu'on ne peut arrêter épuisent le malade, qui tombe dans un profond découragement et dans le marasme.

On peut confondre des ulcères syphilitiques avec le cancer de la langue. L'aspect particulier des ulcères syphilitiques et celui du cancer, le genre de douleur, l'effet des mercuriaux, la marche rétrograde des ulcères vénériens, la circonstance com-

mémorative d'une infection syphilitique, empêcheront de commettre cette erreur.

J'ai observé des tumeurs érectiles sur la langue : elles m'ont toujours paru stationnaires et sans inconvénients. Sans doute cet organe est exposé à la plupart des altérations morbides que nous avons décrites dans nos généralités, mais elles n'ont point encore été observées.

Diagnostic des maladies de l'appareil locomoteur.

Parmi les maladies de cet appareil, la médecine ne réclame que le rhumatisme, la goutte, les névralgies et les névrites, que nous placerons ici à cause de leur ressemblance avec les trois premières.

Quant à l'épilepsie, l'hystérie, la catalepsie, la danse de Saint-Weith, le tétanos, etc., nous en renverrons le diagnostic au chapitre des maladies dont le siége n'est que probable.

Goutte.

Sans entrer dans les discussions des auteurs sur la nature de la goutte et sur sa cause prochaine; sans répéter ici toutes les théories enfantées par un dégoûtant humorisme, bornons-nous à dire que cette affection reconnait bien positivement une cause particulière. En effet, comment expliquer, sans cette cause, la facilité avec laquelle cette maladie affecte les diverses articulations, comment elle passe de l'une à l'autre sans intéresser les tissus intermédiaires? comment expliquer la formation de ces calculs tophacés qui se développent dans ces mêmes articulations? etc. On a répondu à ces questions en disant que la goutte passait avec facilité d'une articulation à une autre, parce que, les tissus étant identiques, ils avaient une tendance à s'enflammer simultanément ou successivement; que les concrétions et autres phénomènes caractéristiques de la goutte étaient dus à la structure des parties, des articulations, etc. Mais il est une réplique péremptoire à toutes ces raisons spécieuses : pourquoi, s'il en est ainsi, une inflammation articulaire occasionnée par un coup, par une chute, ne produit-elle pas l'inflammation simultanée ou successive des autres articulations? pourquoi ne produit-elle pas les calculs d'acide urique ou autres? En un mot, pourquoi un individu qui a une entorse, qui a reçu un coup sur une articulation, n'a-t-il pas la goutte? c'est que sans doute il existe autre chose que l'inflammation, une disposition particulière, qui vraisemblablement siége dans les fluides de l'organisme. La justice nous oblige de dire que cette réponse est due à M. Foville, que nous avons souvent cité, jeune médecin plein de mérite, aujourd'hui chargé de l'hôpital des aliénés à Rouen.

La goutte est une inflammation particulière des petites articulations d'abord, et des autres quelquefois plus tard. Ses caractères sont la douleur, la rougeur, le gonflement, la chaleur des petites articulations, principalement du gros orteil; revenant par accès, par attaques, pouvant s'étendre aux autres articulations, produisant fréquemment des concrétions tophacées dans les articules, souvent l'érosion de surfaces articulaires, une espèce de suppuration, quelquefois l'hémorrhagie de ces parties, etc., enfin la plupart des lésions qui sont la suite des inflammations, donnant naissance à des phénomènes généraux, parmi lesquels les troubles des organes digestifs tiennent le premier rang.

Dans son état de simplicité, de régularité, d'acuité, la goutte est souvent annoncée par les phénomènes précurseurs des autres phlegmasies; l'abattement, la tristesse sont surtout remarquables; quelquefois cependant plus de force, plus d'énergie, plus d'alacrité, précèdent son invasion. Le plus souvent, vers l'équinoxe du printemps, au milieu de la nuit, l'individu que la goutte va frapper s'éveille en proie à une douleur vive, qui a son siége au gros orteil dans les cas les plus ordinaires, rarement au talon, à la malléole ou dans quelque autre articulation du pied. Cette douleur est semblable à une crampe ou à la sensation d'eau tiède versée sur la partie malade, ou plutôt elle varie chez tous les sujets; elle devient bientôt violente, intolérable, âcre, pulsative, lancinante; le malade éprouve un tiraillement, une dislocation, un tenaillement, une torsion, etc., difficiles à peindre. Cette douleur est si vive, que le poids le plus léger, le moindre mouvement l'exaspèrent et la rendent insupportable, et cependant elle oblige à changer à chaque instant de position. Un frisson, suivi de chaleur, accompagne souvent les accès; le matin, lorsque l'attaque est sur le point de se terminer, une sueur se manifeste et précède le soulagement; le malade s'endort, et à son réveil il aperçoit de la rougeur, du gonflement dans la partie qui a été le siége de la douleur. Le soir, les accidents reparaissent avec une nouvelle intensité, qui augmente pendant quelques jours, et décroit ensuite graduellement. Parmi les phénomènes locaux, le gonflement est celui qui persiste le plus long-temps.

On conçoit bien qu'une atteinte si vive ne peut avoir lieu sans réaction; aussi observe-t-on tous les symptômes généraux des maladies inflammatoires; chaleur de tout le corps, mais surtout du membre affecté; rougeur de la peau, soif vive, fréquence du pouls, etc.

Il est rare qu'une seule articulation soit prise; et si cela arrive quelquefois dans la première attaque, dans celles qui succèdent, d'autres articulations se prennent simultanément ou successivement; mais les phénomènes vont en décroissant depuis l'articulation primitivement douloureuse jusqu'à la dernière attaquée.

L'attaque de goutte se termine ordinairement par résolution; une espèce de desquammation s'observe quelquefois sur la région qui a été occupée par la rougeur. Toutes les fonctions reprennent leur activité première, souvent même le malade semble jouir d'une santé plus parfaite.

Au bout d'un temps plus ou moins long, une attaque semblable à la première se reproduit; plus tard ces attaques se rapprochent, et ne laissent que des intervalles fort courts, entre lesquels la santé n'est même pas parfaite; elles laissent surtout de la gêne, de la raideur dans les articulations, du gonflement dans les parties, qui sont parcourues par des veines dilatées.

On a distingué plusieurs espèces et plusieurs variétés de gouttes : la goutte simple, régulière, aiguë, que nous venons de décrire; la goutte chronique fixe ou mobile; la goutte atonique; la goutte remontée, mal placée, vague, incomplète, chaude, froide, etc.; distinctions scolastiques fort peu utiles pour la plupart.

La diminution des phénomènes locaux et généraux, leur rapprochement au point de paraître continus, et simplement séparés par des exacerbations peu intenses; des nodus dans les articulations, quelques mouvements spasmodiques, le trouble des fonctions digestives, quelquefois la voracité de l'ap-

pétit, l'abattement moral, une faiblesse générale, l'absence de mouvements fébriles, sont les principaux caractères de la goutte *chronique*, *atonique*. Dans cette espèce de goutte, les articulations demeurent volumineuses, irrégulières, rugueuses; elles sont parsemées de nodosités, et surtout elles sont déviées en tous sens, de sorte que les doigts affectent les formes les plus bizarres; il existe de véritables luxations, les deux surfaces articulaires ne se correspondent plus; ces luxations ont lieu en avant, en arrière, sur les côtés, et cela sans ordre, sans symétrie; de véritables ankyloses finissent par souder la plupart de ces articulations.

Lorsque cette espèce de goutte s'annonce par des phénomènes précurseurs assez marqués, que des douleurs sans gonflement et les autres signes locaux disparaissent avec facilité pour se porter sur d'autres articulations, on dit que la goutte est *vague*.

Nous ne croyons pas qu'il soit bien philosophique d'admettre une goutte *mal placée;* nous pensons, ainsi que notre estimable confrère M. Ferrus, qu'on a donné ce nom à la plupart des maladies chroniques qui surviennent chez les goutteux.

Nous croyons tout aussi peu important d'admettre une goutte *incomplète,* caractérisée par le gonflement sans douleur; et tout aussi superflu, pour ne pas dire ridicule, de reconnaître une goutte chaude ou froide.

Mais nous devons nous arrêter un instant sur la rétrocession de la goutte, sujet sur lequel nous aurons d'ailleurs occasion de revenir.

Un individu éprouve tous les accidents de la goutte; tout-à-coup ces accidents disparaissent; il est pris d'une phlegmasie de quelque viscère intérieur; on dit alors que la goutte est remontée, qu'il y a eu rétrocession de la goutte. Le vice arthritique s'est-il véritablement déplacé, s'est-il porté sur l'organe nouvellement affecté? ou bien n'est-ce là que l'effet d'une simple révulsion ordinaire?

Lorsqu'un arthritique est atteint d'une phlegmasie viscérale, on a vu souvent cette phlegmasie disparaître par l'apparition d'une attaque de goutte; y a-t-il là autre chose qu'une simple révulsion?

Il faut avouer qu'il est impossible de prouver matériellement que le vice arthritique joue un rôle actif dans la production de ces phénomènes remarquables. Une irritation se manifeste sur un point; la nature abandonne le travail qu'elle opérait sur un autre, et semble concentrer ses forces sur le dernier point affecté; rien ne démontre qu'il y ait là présence d'un principe particulier. Nous devons cependant dire qu'ayant eu à traiter des personnes goutteuses, chez lesquelles il s'est manifesté des phlegmasies viscérales accidentelles, ces phlegmasies, traitées énergiquement par tous les moyens convenables, offraient un caractère particulier d'opiniâtreté, de persévérance, et ce n'était que lorsque nous étions parvenu, par des révulsifs, à rappeler la fluxion arthritique vers son siége habituel que les accidents phlegmasiques disparaissaient. On tirera de ceci telle conclusion que l'on voudra; toujours est-il qu'on doit en inférer que les seules indications ne sont pas de combattre la phlegmasie, mais qu'il faut porter son attention sur la disposition antécédente, d'où découleront les moyens de traitement les plus efficaces. C'est lorsqu'elles conduisent à des conséquences aussi utiles que les discussions sont permises et même nécessaires.

Lésions organiques. Toutes les parties constituantes des articulations sont altérées plus ou moins profondément. Voici les lésions que j'ai rencontrées le plus fréquemment: la synovie était quelquefois très-abondante et conservait tous ses caractères physiologiques. D'autres fois elle était trouble et contenait des flocons opaques, pour ainsi dire albumineux; elle avait souvent l'apparence d'un pus de mauvaise nature; je l'ai vue rosée, sanguinolente, et même mêlée à des caillots de sang, conjointement avec mon collègue M. Ferrus. Dans certains cas les surfaces articulaires sont sèches; il y a beaucoup moins de synovie que dans l'état naturel. Alors la membrane synoviale est rouge, injectée; elle a perdu son poli, sa transparence, et le cartilage lui-même participe à cette altération. Il est très-commun de voir le cartilage détruit, comme ulcéré, rongé; c'est la lésion la plus fréquente; c'est même cette destruction du cartillage qui paraît changer la direction des phalanges, et qui, à la longue, détermine de véritables luxations. J'ai souvent trouvé les surfaces articulaires soudées les unes avec les autres. On rencontre aussi autour de l'articulation, sous les ligaments, des concrétions irrégulières, gypseuses, crétacées ou dures; ces concrétions sont plus rares que ne pourraient le faire croire les inégalités qu'on sent pendant la vie sur les parties malades, inégalités produites la plupart du temps par les angles saillants des extrémités articulaires altérées par la maladie. A mesure qu'on avance vers la circonférence, les parties sont moins malades; on voit peu de concrétions en dehors des tissus fibreux, qui sont eux-mêmes peu susceptibles de désorganisation. Les concrétions dont nous venons de parler sont en général formées d'acide urique, soit libre, soit uni à la chaux et à la potasse.

Les nodosités peuvent occuper les tendons et leurs parties environnantes, mais cette altération est assez rare. Les os voisins des lieux malades participent à la maladie; ils sont mous ou friables; enfin les muscles sont fréquemment dans un état de contracture et d'atrophie, etc.

Il est une maladie qui présente avec celle que nous venons de décrire des points de contact nombreux et qui rendent le diagnostic de l'une et de l'autre difficile; nous exposerons notre opinion sur ces deux affections quand nous aurons tracé les caractères du rhumatisme.

Rhumatisme.

L'histoire du rhumatisme est encore un point obscur dans la science, malgré les recherches de quelques modernes. La nature de cette affection, son anatomie pathologique, sont encore couvertes d'un nuage épais, quoique M. Chomel, avec la supériorité de talent et de raison qu'on lui connaît, ait fait des efforts pour les éclairer. Le rhumatisme est-il une inflammation? cette inflammation est-elle simple? Y a-t-il un vice rhumatismal? Dans quels organes réside cette inflammation? laisse-t-elle après elle des traces sensibles? quelles sont ces traces? Nous n'ignorons pas que beaucoup de personnes sont disposées à répondre à toutes ces questions, et à les trancher selon leur habitude; mais ce ne sont pas des affirmations ou des dénégations que nous voulons, ce sont des faits. C'est la nature qu'il faut interroger.

Une douleur plus ou moins vive des muscles et peut-être des tendons, des aponévroses, etc., augmentant par la pression et surtout par les mouvements, se déplaçant avec la plus grande facilité, affectant des retours périodiques, a reçu le nom de rhumatisme.

Le rhumatisme est plus ou moins intense; il est aigu ou chronique, et dans ces divers états présente des phénomènes différents; il varie aussi, principalement pour les altérations fonctionnelles, suivant le siége qu'il occupe.

Phénomènes morbides locaux. Lorsque le rhumatisme est aigu et violent, il s'annonce en général par les prodrômes des inflammations; d'autres fois il arrive tout-à-coup sans signes précurseurs, et atteint un haut degré d'intensité. Une douleur vive, poignante, déchirante, se déclare le plus ordinairement sur les muscles d'un ou de plusieurs membres. Cette douleur, qui présente un caractère variable, augmente par la pression, par l'impression du froid, mais principalement par les mouvements qui nécessitent l'action des muscles affectés; elle est quelquefois portée à un si haut degré de violence que tout mouvement est impossible. Le membre malade se tuméfie, devient légèrement rouge et chaud.

Les douleurs ont leur siége dans les muscles, dans le trajet des membres, et *non dans les articulations;* elle est fixe dans la variété que nous décrivons, elle est mobile lorsque le rhumatisme est léger et chronique.

Phénomènes morbides généraux, sympathiques. A ce degré, la face est rouge, colorée; les yeux brillants; la peau est chaude, sèche ou moite; le pouls fort, fréquent, développé; la soif vive, la langue blanche, quelquefois rouge sur ses bords. Il existe rarement des nausées, des vomissements, etc.; l'urine est rouge et peu abondante; enfin on observe tous les phénomènes de l'inflammation hypersthénique; l'ensemble des phénomènes cérébraux peut même accompagner cette affection.

A un moindre degré, la douleur seule existe, et même à un degré médiocre et supportable. Il n'y a ni rougeur, ni gonflement des parties malades, et moins encore des phénomènes de réaction.

Le rhumatisme peut affecter la marche aiguë ou la marche chronique : dans le premier cas, s'il est violent, il peut durer jusqu'au trentième jour; s'il est léger, le repos, la chaleur, un traitement convenable, le dissipent dès le premier septénaire. Cette affection a cela de remarquable, que, même à l'état chronique, elle peut être très-violente; ce sont alors les accidents que nous avons décrits qui se prolongent indéfiniment.

Les douleurs rhumatismales se reproduisent ordinairement après un laps de temps ou plus ou moins long, ou plus ou moins déterminé.

Il est rare que cette maladie cause la mort : j'ai cependant vu mourir des individus affectés de rhumatisme chronique intense; ils succombaient dans un véritable marasme, épuisés par les douleurs. Ses terminaisons ordinaires sont la résolution et la délitescence.

Phénomènes organiques. Ce qui jette le plus de doute sur la nature de la maladie qui nous occupe, c'est le résultat des ouvertures de corps. En effet, ce précieux moyen d'instruction ne nous apprend rien à ce sujet, ou plutôt il ne nous fournit que des faits négatifs. On croit avoir trouvé du pus infiltré dans les fibres musculaires; mais il n'est par certain que ce pus ait été produit par l'inflammation de la fibre elle-même, mais bien par le tissu cellulaire qui l'enveloppe; et il n'est pas certain non plus que ces individus aient été rhumatisants. On n'a jamais vu le rhumatisme se terminer par gangrène. Enfin on croit avoir rencontré de la rougeur vive, de l'injection dans les muscles, dans des cas où on ne pouvait soupçonner d'autre cause que l'inflammation; mais on n'a pas la certitude que ces individus aient été affectés de rhumatismes pendant leur vie. Dans les rhumatismes chroniques les muscles malades sont simplement plus bruns que dans l'état normal. D'après cela, il nous semble qu'il est prématuré de se prononcer sur la nature inflammatoire du rhumatisme. Nous devons dire cependant que nous penchons beaucoup à reconnaitre cette nature inflammatoire du rhumatisme : 1°, parce que l'inflammation des muscles est entièrement inconnue, et n'est décrite nulle part dans les anciens auteurs qui ont parlé du rhumatisme; ce qui fait une lacune singulière, et doit porter à penser que cette inflammation n'est autre que le rhumatisme; 2°, que le tissu des muscles étant éminemment vasculaire et irritable, il ne saurait être exempt d'inflammation; 3°, que la terminaison étant en général heureuse, ce qu'on doit attribuer à l'importance secondaire des organes affectés, il est rare d'avoir l'occasion d'explorer les traces que cette maladie laisse après elle, et ce qui explique l'ignorance où nous sommes encore à ce sujet; 4°, enfin, que les phénomènes fonctionnels, quoique insuffisants pour établir la nature de la maladie, sont cependant bien ceux des phlegmasies, et doivent rendre *probable* la nature inflammatoire du rhumastisme.

Maintenant cette inflammation est-elle simple, ou bien est-elle produite par un vice particulier? Nous ne voyons ici aucun phénomène spécifique qui nous porte à admettre un caractère particulier à cette phlegmasie des muscles; nous croyons que sa nature est simple, et que son siége seul lui donne les caractères qu'elle présente.

Ceci nous conduit naturellement à comparer la goutte et le rhumatisme. Quoique ces deux affections puissent exister simultanément, nous ne croyons pas qu'elles soient identiques. Le rhumatisme qu'on a appelé articulaire, n'est autre chose que la goutte, et ne mérite pas d'en être distingué; il offre les mêmes signes fonctionnels, et les mêmes traces après la mort : les différences que quelques auteurs se sont efforcés d'y apporter sont de nulle valeur. Quant au rhumatisme musculaire, nous pensons qu'on ne saurait le confondre avec la goutte; son siége dans le trajet des membres, l'absence de lésions organiques, enfin les caractères que nous venons de lui attribuer, le font essentiellement différer de l'arthritis spontanée.

Des maladies des nerfs.

La médecine organique ayant attiré les regards des jeunes médecins sur les altérations de tous les organes, d'où les avait momentanément détournés la médecine physiologique, chaque organe est devenu tour-à-tour l'objet d'une investigation spéciale. MM. Dugès et Martinet ont porté leur attention sur l'inflammation des nerfs; le premier, chez les femmes en couches; le second, d'une manière générale. Mais ces médecins ne sont pas les premiers qui se soient occupés de l'inflammation des nerfs. Reil a parlé de cette maladie, qu'il a observée chez un individu affecté de typhus. Le docteur Gallereux a cité le fait d'un individu chez lequel le nerf optique a été trouvé en suppuration; et les faits de ce genre ne sont pas rares chez les auteurs.

M. Descot a choisi pour matière de sa dissertation inaugurale les altérations locales des nerfs : aidé par les conseils et la coopération du professeur Béclard, il a traité son sujet aussi complètement que le permettait l'état de la science. Il a parlé avec détail de toutes les maladies des nerfs, tant chirurgicales

que médicales, et ces maladies sont en grand nombre. On trouve dans sa thèse la description des piqûres, des blessures, des divisions, des contusions, des compressions, des commotions des nerfs, des corps étrangers introduits dans leur tissu, de leur ligature, de leur cautérisation, de leur inflammation, de leurs tumeurs ou névrômes, la plus fréquente de leurs altérations, etc.

Nous ne devons nous occuper ici que de l'inflammation des nerfs et des névralgies.

De la névrite.

Une douleur violente, qui se manifeste sur le trajet d'un nerf, douleur qui augmente par le plus léger mouvement et par la pression, dont le caractère est déchirant, et d'ailleurs variable chez les divers individus, mais toujours intolérable, accompagnée d'un sentiment d'ardeur, de chaleur brûlante dans le trajet du nerf malade; douleur produisant quelquefois de la chaleur dans le membre lui-même, qui se tuméfie légèrement, et rougit principalement sur le trajet du nerf affecté; douleur continue, arrivant graduellement à son plus haut degré de développement, précédée du prodrôme ordinaire des phlegmasies, accompagnée des phénomènes généraux de réaction et sympathiques que l'on observe dans les inflammations, tels sont les signes fonctionnels qui caractérisent la névrite.

La névrite peut se terminer par résolution; mais aussi, lorsqu'elle est intense, les organes intérieurs s'altèrent, leurs fonctions se dérangent, la nutrition cesse de s'opérer, l'atrophie du membre malade se déclare, le marasme s'empare du malade, qui peut succomber au milieu d'affreuses douleurs. Lorsque cette maladie passe à l'état chronique, elle présente la plus grande ressemblance avec la névralgie, avec laquelle on a dû la confondre fréquemment.

Ces signes varient suivant le nerf malade. On conçoit que les phénomènes locaux ne doivent pas être exactement les mêmes, suivant que le nerf porte l'action et la vie dans tel organe ou dans tel autre; nous allons entrer dans quelques détails à cet égard en parlant des névralgies.

Altérations organiques. Ce qu'il y a de plus remarquable dans la névrite, ce sont les lésions anatomiques que l'on rencontre dans les nerfs. On a trouvé, selon les époques de la maladie, une rougeur plus ou moins vive du tissu des nerfs, du névrilemme et du tissu cellulaire ambiant; un gonflement uniforme ou inégal et comme ganglionnaire des nerfs; des ecchymoses, des infiltrations sanglantes, séreuses, ou séreuses et sanguinolentes; du pus concret ou un liquide séroso-purulent entre les filets des nerfs; enfin on affirme les avoir trouvés gangrénés.

Dans l'observation citée par Reil, le tissu des nerfs était rouge; le névrilemme ayant été détruit, la pulpe du nerf fut trouvée jaune, pénétrée de sang; et à la suite d'une céphalalgie violente, qui durait depuis six mois, le malade ayant perdu l'usage d'un œil, M. le docteur Gallereux, après avoir incisé la gaîne du nerf optique, trouva ce nerf réduit en suppuration dans la moitié de son étendue, et réduit à une matière liquide d'un blanc sale. Ce sont bien certainement là des exemples de névrites. Cette maladie est surtout fréquente dans les inflammations des organes que les nerfs parcourent; il est rare qu'ils restent alors complètement étrangers au travail inflammatoire, d'autant plus que ce travail ne peut avoir lieu sans la coopération des nerfs eux-mêmes.

Névralgie.

Bien que les altérations organiques qui donnent naissance à la névralgie ne soient pas parfaitement connues, nous croyons cependant devoir en parler ici, d'abord parce que cette maladie a été confondue par quelques auteurs avec la névrite, par les anciens sans le savoir, et par quelques modernes avec connaissance de cause; en second lieu, parce qu'elle offre avec elle et avec le rhumatisme des points nombreux de ressemblance.

La névralgie est une véritable *névropathie*, une douleur nerveuse, et nous savons que ces maladies sont entrées, dans ces derniers temps, dans la classification de la nouvelle doctrine. On y a reconnu que toutes les douleurs n'étaient pas inflammatoires; eh bien! nous croyons que les névralgies sont de cette nature. Ce qui nous le fait penser, c'est que ces maladies ne présentent aucun des symptômes qui caractérisent l'inflammation, ainsi qu'on va le voir; qu'elles arrivent, par exemple, tout-à-coup à leur plus haut degré d'intensité, sans signes précurseurs; qu'elles cessent souvent de la même manière, et qu'aux ouvertures de corps on ne rencontre aucune altération qui puisse constater l'existence d'une phlogose. Elles diffèrent sous tous ces rapports de la névrite, qui arrive graduellement, qui est annoncée par des signes précurseurs accompagnés de phénomènes de réaction, et qui laisse après elle des traces manifestes d'un travail inflammatoire.

Les seules raisons probables que l'on peut alléguer en faveur de la nature phlegmasique des névralgies, c'est que depuis long-temps on a observé cette maladie, et que jusque dans ces derniers temps on n'avait nullement parlé de l'inflammation des nerfs. Ainsi que nous l'avons dit relativement au rhumatisme, ceci pourrait bien faire présumer que cette affection n'est autre chose que la névrite; car il n'est nullement vraisemblable que le tissu des nerfs ne soit pas susceptible de s'enflammer, comme on l'a avancé récemment dans un ouvrage polémique. On peut répondre aussi que si la névralgie n'offre pas de signes inflammatoires, c'est que la névrite est alors chronique. Ces raisons, que par amour de la vérité nous exposons dans toute leur force, ne nous paraissent cependant pas suffisantes pour nous faire admettre que les névralgies sont des névrites chroniques. Ces probabilités sont trop légères. Certes les symptômes pourraient bien n'être pas exactement ceux d'une phlegmasie, mais au moins on trouverait, ainsi qu'il arrive pour les autres phlegmasies chroniques, des altérations organiques plus prononcées que dans la névrite aiguë; et c'est justement l'inverse qui a lieu, c'est-à-dire qu'on ne trouve rien.

Que si la névrite offre pour ressemblance d'avoir le même siége que la névralgie, ce n'est pas une raison suffisante pour qu'elle soit la même chose que la névralgie, puisqu'il est nécessaire qu'elle occupe le même organe. Enfin, lorsque dans les névralgies on a trouvé des altérations organiques, ces névralgies étaient bien véritablement des névrites.

La douleur qui caractérise la névralgie offre la plus grande *variabilité*, c'est-à-dire qu'elle fait éprouver la sensation d'un froid glacial ou d'une chaleur vive, un tiraillement insupportable, un engourdissement pénible, une espèce de commotion électrique, qui se répand avec une étonnante rapidité, non seulement dans le nerf malade, mais même dans tout l'organisme; des fourmillements incommodes; des déchirements passagers, mais intolérables; des élancements rapides, et portés jusqu'au

point d'arracher des cris. Cette douleur ou plutôt ces espèces de douleur se font sentir sur le trajet d'un nerf; elles se répandent dans toutes ses ramifications, ou sont bornées à quelques filets ; elles se propagent le plus ordinairement du tronc aux branches qui en partent, et quelquefois suivent une marche inverse. Ces douleurs ne sont pas toujours au même degré de violence; elles offrent des intervalles de rémission; elles semblent se calmer par la pression, tandis que l'opposé a lieu pour la névrite. Elles se déclarent subitement sans signes précurseurs, et atteignent tout-à-coup leur plus haut degré de développement. On remarque assez souvent de l'agitation, des spasmes, des mouvements involontaires, des contractions dans les muscles auxquels le nerf malade se distribue. On n'observe ni rougeur, ni tuméfaction, ni chaleur dans la partie du membre correspondante au nerf affecté. Cette maladie s'exaspère tantôt par la chaleur, et tantôt par le froid; elle se reproduit par la moindre cause : une impression morale vive, un mouvement brusque, un excès dans les plaisirs de la table ou de Vénus. etc., suffisent pour la renouveler. La névralgie attaque la plupart des nerfs du corps, passe des uns aux autres avec la plus grande facilité. On a remarqué qu'elle se fixait presque constamment sur les nerfs superficiels.

A moins que la douleur ne soit extrême, cette maladie n'est point accompagnée de phénomènes généraux; mais dans ce cas le cœur et l'estomac sont troublés dans leur exercice, ainsi que les autres fonctions de l'organisme. Si cette douleur se prolonge long-temps, le membre peut diminuer de volume, s'atrophier, rester engourdi, incapable de se mouvoir, contracté ou agité de mouvements involontaires, habituellement endolori, etc.; dans quelques cas plus graves, le malade peut succomber, épuisé par les douleurs et par le marasme.

Le savant Chaussier, à qui l'on doit le premier travail bien fait sur les affections dont nous parlons, a décrit toutes les névralgies connues; mais ces affections ont entre elles la plus grande analogie, et ne diffèrent que par des nuances données par le siége de la maladie. Ainsi il décrit « la névralgie faciale, sous-divisée en frontale, sous-orbitaire et maxillaire; l'ilio-scrotale, la fémoro-poplitée, fémoro-prétibiale, plantaire, cubito-digitale, etc. »; il admet aussi des névralgies anomales.

On a ajouté depuis un assez grand nombre de névralgies. Celle du nerf optique, de la portion dure de la septième paire, celle des nerfs intercostaux, celle des nerfs lombaires, des nerfs spermatiques, celle du nerf sus-scapulaire, celle du nerf musculo-cutané externe : on sent bien qu'il nous est impossible de donner une description de toutes ces variétés; il suffit de connaître la direction des nerfs, leurs divisions, et les organes auxquels ils se distribuent, et de leur appliques les symptômes que nous avons décrits d'une manière générale, en leur faisant subir les modifications nécessitées par le siége de la maladie, pour avoir une idée exacte de chacune de ces névralgies.

—

TROISIÈME SECTION.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DES ORGANES QUI CONCOURENT A LA DIGESTION.

Les maladies de cet appareil sont nombreuses, et pour la plupart très-fréquentes. Sous ce double rapport elles réclament notre attention d'une manière toute particulière. Nous allons tracer l'esquisse des affections du canal alimentaire d'abord; en second lieu, de celles des organes accessoires de la digestion, tels que le foie, la rate, le pancréas, les reins, la vessie, le péritoine; en un mot, de tous les organes renfermés dans l'abdomen.

Pour n'omettre aucune maladie, il faut avoir sans cesse présent à la pensée que les organes sont susceptibles d'altérations diverses; qu'ils peuvent être dans un état d'hypersthénie, d'hyposthénie, d'anémie, de polyæmie, de congestion, de scorbut, d'inflammation simple, spécifique, aiguë ou chronique; d'hémorrhagie, de névrose, d'atrophie, d'hypertrophie, de ramollissement, d'endurcissement, d'emphysème, d'œdème, de polysarcie, de concrétions gypseuses, plâtrées, calculeuses, osseuses; de cartilage, de tissu fongueux, érectile, corné, fibreux; de tubercules, de granulations, de mélanose, de cancer, d'encéphaloïde, de cirrhose, contenir des vers de plusieurs espèces, sans compter les déplacements qu'ils présentent quelquefois.

Il conviendrait d'examinr successivement chacune de ces altérations tour à-tour dans tous les viscères, et d'en exposer les signes caractéristiques; mais beaucoup de ces altérations, ou n'atteignent pas tous les organes, ou les affectent très-rarement, ou sont entièrement inconnues dans leurs expressions fonctionnelles. Ainsi nous ne ferons mention que des altérations morbides les plus fréquentes et les mieux connues ; nous passerons sous silence les autres, ou nous signalerons les lacunes que nous rencontrerons, afin d'exciter les médecins laborieux à de nouvelles investigations.

Diagnostic des maladies du canal alimentaire.

Nous allons passer en revue les caractères distinctifs des diverses altérations du canal alimentaire. Nous rapprocherons les unes des autres les phlegmasies aiguës, simples et spécifiques; les maladies chroniques, simples ou spécifiques, telles que la gastrite ou gastro-entérite simple, la fièvre dite entéro-mésentérique, la dothinentérite de M. Bretonneau; la gastrite chronique, la gastro-entérite chronique, le cancer de l'estomac et des intestins, etc. Quant aux autres altérations organiques, elles sont très-rares et peu connues. Les vers intestinaux, les coliques nerveuses, les coliques des plombiers, nous occuperont ensuite; en un mot, nous examinerons toutes les affections qu'il importe de différencier.

Angines.

Il est sans doute très-important de distinguer les unes des autres les maladies qui présentent des différences qui exigent des modifications dans le traitement; mais ne s'expose-t-on pas à tomber dans des subtilités superflues et puériles lorsqu'on cherche à établir des divisions sur les apparences les plus légères? Si tout confondre est dangereux, l'est-il moins de tout séparer? Dans le sujet qui va nous occuper on a beaucoup multiplié les espèces : toutes ne sont pas d'une égale importance; on doit avouer cependant que beaucoup offrent une utilité réelle.

Angines simples.

La nature produit peu de maladies parfaitement isolées et circonscrites, et lorsqu'une inflammation commence par un point, elle s'étend ordinairement aux parties voisines. C'est ainsi que l'inflammation du palais se propage au pharynx, et que celle-ci s'étend fréquemment dans les voies aériennes. Il est

par conséquent très-difficile de traiter de chacune de ces maladies d'une manière particulière, et nous pouvons ajouter qu'il est peu conforme à la nature de le faire. Ainsi Boerhaave a fait un abus condamnable de l'analyse lorsqu'il a non seulement distingué les espèces de phlegmasies dont nous parlons, mais lorsqu'il a cherché des différences de siége plus minutieuses encore. Dans un traité de diagnostic surtout, il serait peu raisonnable d'exposer dans des lieux séparés les signes d'affections qui ont entre elles tant de connexions et tant de rapports; aussi allons nous décrire ici l'inflammation de toutes les parties qui forment l'entrée des voies digestives et des voies aériennes. C'est la réunion de ces inflammations que M. Bretonneau, médecin distingué de Tours, désigne sous le nom de diphthérite, de *diphthéra*, membrane, lorsqu'elles sont accompagnées de quelques circonstances particulières que nous ferons connaître.

Dans le plus grand nombre des cas l'inflammation de ces parties est simple; elle survient à la suite d'une multitude de causes excitantes, qui, directement ou indirectement, portent leur action sur ces organes. Dans certaines circonstances, des causes particulières, dont quelques-unes sont vraiment spécifiques, déterminent l'inflammation de ces régions en leur imprimant des caractères propres qui se reproduisent constamment sous l'influence de ces mêmes causes. Ainsi le virus syphilitique, la scarlatine, la rougeole, la variole et quelques autres dont nous allons parler bientôt, produisent des angines spécifiques.

D'après les principes qui nous dirigent, on doit bien penser que ces maladies doivent avoir entre elles un grand nombre de signes communs : l'altération des fonctions que ces parties sont chargées d'exécuter, et auxquelles elles concourent d'une manière plus ou moins immédiate. Ainsi la déglutition, la voix, la parole, la respiration, doivent être plus ou moins gênées; de plus, des phénomènes locaux, communs à toutes ces altérations, doivent exister aussi. Ainsi de la douleur, de la chaleur, du gonflement, et souvent même de la rougeur, doivent se trouver dans toutes ces inflammations; mais ces phénomènes, diversement modifiés, et accompagnés de circonstances particulières, font distinguer les espèces les unes des autres.

Dans l'angine simple, les phénomènes locaux fonctionnels varient suivant le siége qu'occupe l'inflammation. Lorsqu'elle affecte particulièrement les voies digestives, la déglutition est surtout altérée; lorsque les voies aériennes sont affectées, c'est principalement la respiration qui est compromise. Cette distinction doit être conservée relativement au pronostic et au traitement.

Lorsque l'angine a son siége à l'isthme du gosier, le malade y éprouve une douleur d'abord peu marquée, de la gêne dans la déglutition; la voix est altérée, nasonnée; une chaleur vive, accompagnée de sécheresse, s'y fait sentir; en examinant ces parties, on voit qu'elles sont rouges, luisantes, et quelquefois tuméfiées; la rougeur est surtout sensible au voile du palais, à ses piliers, à la luette; ce dernier organe se gonfle plus facilement que les autres parties, tombe sur la base de la langue, produit la sensation désagréable d'un corps étranger toujours présent, une titillation pénible, et excite des mouvements de déglutition fatigants, et parfois provoque des nausées. Lorsque ces symptômes sont prononcés, les boissons remontent souvent par les narines. A la sécheresse des membranes succède bientôt une exhalation abondante d'un mucus filant, diaphane, adhérant aux parties, s'en détachant avec difficulté; plus tard cette matière exhalée prend de la consistance, devient opaque, grisâtre, jaunâtre, et peut en imposer pour des aphthes, des fausses membranes, des escarres, etc.; erreurs qu'il est en général facile d'éviter avec un peu d'attention. Il est vraisemblable que cette inflammation peut se propager jusqu'à la partie postérieure des fosses nasales, puisque, dans certains cas, non seulement la voix est nasonnée, mais que la respiration par le nez est tout-à-fait impossible, et que vers la fin des flocons de mucosités endurcies, quelquefois sanguinolents, sont rejetés par les malades. Cette maladie est en général légère, courte, et se termine par résolution. Elle peut néanmoins se terminer par suppuration; l'abcès se forme alors, ou dans le voile du palais, ou dans la luette. Cette phlegmasie peut passer à l'état chronique, lequel est caractérisé par un degré moindre d'intensité dans tous les accidents, et par leur persévérance.

L'angine simple peut être annoncée par des phénomènes précurseurs communs à toutes les phlegmasies, et accompagnée de symptômes généraux proportionnés à sa violence. Cette maladie revient fréquemment, et semble se montrer d'une manière pour ainsi dire périodique.

Lorsqu'elle affecte des amygdales, elle présente quelques particularités : l'inflammation peut attaquer les deux tonsilles, ou simplemens l'une des deux. Ce dernier cas est moins grave que l'autre, et produit des symptômes moins alarmants.

Les signes de l'amygdalite sont fort analogues à ceux de la variété précédente, et cela se conçoit aisément, puisque ces organes concourent aux mêmes fonctions. Toutefois la déglutition est plus difficile, plus douloureuse, souvent impossible, et la respiration peut être gênée au point de faire craindre la suffocation, ce qui cependant est rare. Le désir de cracher ou d'avaler tourmente le malade, et donne lieu à des efforts pénibles et douloureux; la voix est altérée, l'articulation des sons presque impossible. Les amygdales sont gonflées, rouges, volumineuses; elles repoussent en avant le pilier antérieur du voile du palais, font saillie dans l'isthme du gosier, laissent entre elles un très-petit espace, et même peuvent se toucher. Leur apparence extérieure est la même que celle des autres parties enflammées; leur surface rouge, sèche, luisante, peut se recouvrir d'exsudations albumineuses, sébacées, etc.; l'inflammation se propage fréquemment dans la trompe d'Eustachi; ce qui occasionne des bruissements dans les oreilles et de la surdité, à cause de l'épaississement de la membrane qui tapisse ce conduit, etc. Lorsque l'amygdalite est très-douloureuse, le malade ne peut ouvrir la bouche, et l'examen des parties ne peut être fait qu'avec le doigt.

Lorsque cette phlegmasie est violente, elle est accompagnée de phénomènes de réaction très-prononcés; il n'est pas rare que les méninges et le cerveau participent à l'inflammation. Sa durée est variable. On peut lui distinguer, comme dans toutes les inflammations et même dans toutes les maladies aiguës, trois périodes, l'une d'accroissement, la seconde d'état, et la troisième de décroissement; la première comprend ordinairement les deux tiers de son cours. Lorsque cette phlegmasie se termine par résolution, les phénomènes diminuent par degrés, et quelquefois d'une manière très-rapide. La suppuration est une terminaison très-fréquente de cette maladie : la douleur devient gravative, la fluctuation s'établit, ce qu'on reconnaît à l'aide du doigt;

et bientôt, dans un effort de toux ou de crachement, l'abcès se rompt, et il s'écoule, en quantité plus ou moins considérable, un pus d'une fétidité insupportable. Rarement l'abcès s'ouvre au-dehors. L'amygdalite se reproduit fréquemment; elle détermine alors l'augmentation de volume persistante, et souvent l'induration des tonsilles; ce qui exige leur excision, à cause de la gêne habituelle de la déglutition, de la respiration, et de l'altération de la voix qu'elles déterminent. Cette inflammation, ainsi que la précédente, peut passer à l'état chronique.

Si le pharynx est le siége de l'inflammation, la difficulté de la déglutition est moindre; elle se fait sentir au-dessous de l'isthme du gosier : le bol alimentaire semble s'arrêter dans cet endroit. Les efforts de déglutition, les mouvements du larynx, la distension opérée par le bol alimentaire ou la contraction nécessitée par la déglutition des liquides, la pression exercée sur les côtés du cou, augmentent la douleur. On aperçoit de la rougeur, de la sécheresse, un léger gonflement, enfin les signes locaux que nous avons attribués à l'angine gutturale, sur la paroi postérieure du pharynx. Lorsque l'inflammation a son siége au-dessous de cette région, les phénomènes locaux se dérobent à nos recherches. Dans cette variété d'angine, la respiration, la voix ne sont nullement altérées, ou le sont très-légèrement.

Dans l'angine des voies aériennes, au contraire, la voix et la respiration offrent les premières modifications morbides. Un sentiment pénible de titillation se fait sentir dans le larynx ou la trachée-artère, et force le malade à tousser pour rejeter au-dehors un corps qu'il croit arrêté dans le conduit aérien, et qui gêne le passage de l'air. Cette toux est sèche, comme elle doit l'être en effet, puisque dans la première période des inflammations les sécrétions sont généralement suspendues; la voix est rauque, altérée; la respiration n'est cependant pas très-gênée. La douleur devient plus vive et plus intense; elle est accompagnée d'une chaleur brûlante; elle augmente par la pression intérieure ou extérieure; la voix est très-altérée et souvent presque éteinte lorsque le larynx est le siége de l'inflammation; cette altération est moins prononcée lorsqu'elle occupe la trachée. L'introduction de l'air est pénible, la suffocation est imminente; alors le malade fait de vains efforts pour respirer, les actes respiratoires se succèdent avec rapidité, les côtes s'élèvent ainsi que les épaules; la face devient rouge, vultueuse, violette; les veines temporales s'engorgent; l'air produit un bruit, un sifflement fâcheux, lorsqu'il franchit la glotte. La toux est rauque, souvent aiguë et sifflante; au bout de quelque temps elle cesse d'être sèche, et l'expectoration rejette au-dehors des matières d'abord glaireuses, filantes, écumeuses, transparentes, plus tard opaques, blanches, verdâtres; enfin, dans une période encore plus avancée, ces matières reprennent de la transparence, et bientôt toutes leurs qualités physiologiques. La déglutition est libre, et l'inspection de la gorge ne laisse apercevoir aucune rougeur, aucun gonflement.

La marche de cette maladie est continue; sa durée est variable et proportionnée à son intensité; la terminaison la plus ordinaire est la résolution; quelquefois cependant la suppuration a lieu, ce qu'il est difficile de reconnaître dans le vivant. Lorsque la maladie est intense, elle peut occasionner la mort par suffocation.

Cette phlegmasie, lorsqu'elle est légère, survient sans signes précurseurs; à un degré plus intense, elle peut être précédée du prodrôme ordinaire aux phlegmasies; elle est accompagnée de phénomènes généraux proportionnés à son intensité.

Altérations organiques. On trouve après la mort des malades, dans l'angine simple des voies aériennes, la membrane qui les tapisse, rouge, boursouflée, diminuant et obstruant d'une manière presque complète l'ouverture de la glotte; cette membrane est souvent recouverte d'une véritable suppuration; dans quelques circonstances, le pus est réuni en petits abcès entre les cartilages et la membrane muqueuse; ces abcès s'ouvrent dans l'intérieur de la trachée, et les cartilages se trouvent dénudés; leur tissu paraît quelquefois altéré, ce qui semble tenir alors à une disposition particulière. On rencontre aussi des escarres gangréneuses, petites, circonscrites, grisâtres, occupant toute l'épaisseur de la membrane trachéale.

Nous nous sommes abstenu à dessein, dans la description précédente, de faire mention de la terminaison de l'angine par gangrène, de l'œdème de la glotte, et des productions pseudo-membraneuses, etc., parce que ces sujets méritent d'être traités à part avec quelques détails.

L'inflammation simple peut attaquer simultanément la bouche, le voile du palais, les amygdales, le pharynx, le larynx et la trachée-artère. Si l'une de ces maladies est déjà grave par elle-même, à plus forte raison leur réunion sera-t-elle dangereuse. La complication dont nous parlons est loin d'être rare, et le diagnostic n'en est pas difficile. Il suffit de réunir par la pensée les expressions fonctionnelles morbides que nous avons attribuées aux variétés précédentes, pour avoir un tableau exact de cette phlegmasie. Les symptômes de congestion cérébrale, les accidents de suffocation, les phénomènes généraux de réaction, sont ordinairement portés à un plus haut degré de violence.

Angine diphthérique, faussement appelée gangréneuse.

M. Bretonneau appelle de ce nom une espèce d'angine qui donne lieu à la production d'une fausse membrane. D'après ses recherches, l'angine gangréneuse des anciens n'est autre chose que l'angine commune; et ce qu'ils prenaient pour des escarres gangréneuses n'est qu'une fausse membrane plus ou moins adhérente aux parties sous-jacentes, mais qui n'altère nullement leur tissu. Les membranes muqueuses qu'elles recouvrent sont seulement plus rouges, plus vermeilles, après la chute de ces productions albumineuses; mais leur texture est saine. D'après ces considérations, ce médecin est conduit à reconnaître que cette angine est la même que l'angine gangréneuse de Marteau, de Granvilliers et autres auteurs. Il est conduit à reconnaître aussi que la maladie découverte par François Home n'est que la même affection, et que le seul nom de *croup* qu'il lui donna put en imposer au point de la faire prendre pour une maladie nouvelle. En consultant les auteurs depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours, il prouve que cette maladie a été connue de tout temps, et désignée par différents noms, mais qu'on peut la reconnaître très-bien aux descriptions que les anciens auteurs nous ont laissées. Ainsi la gangrène scorbutique, l'angine maligne ou mal de gorge gangréneux, et le croup, ne sont, suivant le médecin que nous venons de citer, qu'une seule et même affection, laquelle varie seulement suivant le siége qu'elle occupe et l'âge des malades.

Voici, suivant cet habile observateur, quels sont les caractères distinctifs de cette maladie :

Phénomènes morbides locaux. Le début de cette maladie se fait ordinairement sans phénomènes précurseurs et sous des apparences insidieuses. Le malade éprouve seulement un torticolis incommode, de la chaleur et de la douleur dans la gorge ; le cou est gonflé, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont tuméfiés, la face est bouffie, les yeux larmoyants ; les phénomènes généraux sont peu prononcés ; on observe quelquefois des vomissements. La rougeur de la membrane qui doit être le siége de l'affection est peu prononcée, à moins qu'il n'existe en même temps une inflammation morbilleuse ou scarlatineuse. On aperçoit dès le principe de la maladie une rougeur circonscrite qui se couvre du mucus coagulé demi-transparent. Cette couche, molle et fongueuse, est quelquefois soulevée par du mucus non altéré, et présente l'aspect de véritables vésicules. Ces taches se propagent avec plus ou moins de rapidité par continuité ou par contact, à la manière d'un fluide qui se répand. La croute albumineuse devient épaisse, dense, opaque, blanche ; elle est encore peu adhérente ; elle tient à la membrane sous-jacente au moyen de petits prolongements qui pénètrent dans les conduits des glandes mucipares ; la surface correspondante de la membrane est rouge, pointillée, comme parsemée d'une multitude de petites ecchymoses ; les bords sont quelquefois rouges, boursouflés, saillants ; d'autres fois sans changement de couleur, sans tuméfaction, ce qui rend plus facile la propagation de la fausse membrane. Si cette production se détache, la membrane muqueuse s'anime et laisse suinter des gouttelettes sanglantes ; après quoi la concrétion se renouvelle, s'épaissit, devient plus adhérente ; elle acquiert plusieurs lignes d'épaisseur, devient jaune, grisâtre, noire ; le sang s'exhale avec plus de facilité. Des parcelles de mucus concret semblent infiltrées dans la substance même du tissu muqueux ; des ecchymoses, des excoriations superficielles se laissent apercevoir sur les endroits d'où l'on a arraché la fausse membrane. L'haleine exhale une odeur infecte analogue à celle de la carie des dents ; ce que M. Bretonneau attribue à la putréfaction de la fausse membrane. Les bords des concrétions sont tellement saillants, qu'on pourrait croire à l'existence d'un ulcère profond ; si ces concrétions sont placées sur un plan uni, elles se détachent en partie, et simulent des lambeaux sphacelés ; mais lorsqu'on a l'occasion d'examiner les parties après la mort, ce qui n'arrive que trop souvent, on peut s'assurer que ce n'est là qu'une illusion, en comparant avec les parties les plus anciennement affectées celles qui viennent de l'être. On peut suivre alors le mode de développement que nous venons d'indiquer, et reconnaître d'ailleurs l'état sain des parties sous-jacentes. Il est rare qu'il existe véritablement des points gangréneux ; cela peut cependant se rencontrer comme dans les autres inflammations, mais cela n'est pas nécessaire à la nature de cette maladie.

L'inflammation diphthérique occupe de préférence les tonsilles, les gencives ; elle s'étend de là aux autres parties des voies digestives et respiratoires ; la peau paraît en être quelquefois le siége.

La marche de cette maladie est aiguë, rapide, croissante ; cependant au bout de quelques jours elle se ralentit. Lorsqu'elle se propage dans les voies aériennes, ce qu'on doit craindre lorsqu'elle affecte les amygdales, elle est on ne peut pas plus redoutable ; elle entraîne presque constamment la mort des malades.

Lorsque l'angine diphthérique n'occupe que les amygdales et le pharynx, c'est-à-dire lorsqu'elle ne s'est pas propagée dans les voies aériennes, elle peut se terminer par la guérison. Alors toutes les parties du pharynx s'humectent, et sont abreuvées d'un mucus écumeux, limpide, d'une salive parfois sanguinolente ; cette excrétion prend bientôt l'aspect du mucus catarrhal. Dans quelques cas les fausses membranes se détachent, et sont expulsées par lambeaux par la toux ou par le vomissement ; d'autres fois la membrane, fortement adhérente, semble s'user ; elle s'amincit, devient blanche, nacrée, transparente ; elle permet de voir la membrane muqueuse. Le cercle inflammatoire s'agrandit, les parties sous-jacentes sont d'un rouge assez vif, bientôt toute la fausse membrane disparaît, et les organes reprennent à peu près leur aspect naturel : la luette, les amygdales, semblent rétractées et diminuées de volume.

Cette inflammation paraît à M. Bretonneau de nature spécifique, et pouvoir se communiquer par contagion.

Les *phénomènes fonctionnels* varient suivant le siége de l'altération locale, et sont les mêmes que ceux que nous avons exposés précédemment en parlant des autres angines. Quant aux *phénomènes généraux*, ils varient suivant l'intensité de l'inflammation et suivant la disposition individuelle.

Les *lésions organiques* ne sont autres que celles dont nous venons de tracer les principaux caractères. La fausse membrane peut être bornée aux parois du pharynx, à l'épiglotte, à la glotte, au voile du palais, aux amygdales ; elle peut remonter derrière le voile du palais, pénétrer dans les fosses nasales, dans les sinus frontaux, peut-être même dans les sinus maxillaires ; elle peut occuper la conque de l'oreille ; elle descend dans l'œsophage, l'interrompt au milieu, reparaît au cardia, et même dans l'estomac ; elle pénètre dans les voies aériennes jusque dans la division des bronches. Elle est ordinairement peu adhérente à la trachée ; quelquefois elle peut communiquer avec elle par de petits vaisseaux organisés.

Sous le nom d'*angine pultacée* on a décrit une espèce d'angine qui offre des différences assez tranchées avec celles dont nous venons de parler ; nous ne savons pas si cette distinction mérite d'être conservée, et si la production d'une sécrétion de matière caséiforme est une base assez solide pour fonder une espèce ou même un genre de maladie, surtout lorsque cette espèce ne réclame pas de moyens thérapeutiques particuliers.

Quoi qu'il en soit, les caractères fonctionnels locaux sont les mêmes que ceux de l'angine simple ; mais l'inspection des parties fait reconnaître sur le voile du palais, le pharynx et les amygdales, des flocons de matière pultacée, grise, jaunâtre, blanche, caséeuse ; ils se prennent en masses irrégulières, molles, qu'on peut facilement sillonner avec un corps dur, s'enlevant avec le doigt, se reproduisant avec assez de promptitude du jour au lendemain. Cette exsudation s'étend dans le pharynx ; on l'a peu rencontrée dans le larynx. Ces concrétions, simplement superposées sur la membrane muqueuse, n'en altèrent nullement le tissu ; elles pénètrent quelquefois dans les inégalités des tonsilles boursouflées, et pourraient en imposer pour des escarres, ou des ulcères syphilitiques et autres ; mais en détachant cette concrétion pultacée on voit qu'elle n'adhère pas et qu'elle laisse sain le tissu sous-ja-

cent. D'après Fothergill, Huxham et Planchon, qui ont décrit cette espèce d'angine avec quelques légères différences, on voit qu'elle accompagnait constamment la scarlatine.

Angine gangréneuse.

L'angine gangréneuse qui a été décrite par les auteurs, d'après les observations de M. Bretonneau, n'aurait donc été qu'une angine membraneuse telle qu'il l'a observée récemment à Tours, et cette maladie elle-même ne serait que le croup, dont on s'est tant occupé dans ces derniers temps.

Quoi qu'il en soit, les angines tonsillaire, palatine et pharyngienne sont susceptibles de se terminer par la gangrène. M. Guersent pense que cette terminaison est rare ; il ne l'a observée que deux fois. Les amygdales et les parties environnantes prennent un aspect livide, et répandent l'odeur spécifique de la gangrène ; les malades expectorent des crachats couleur lie de vin ; à la mort, les amygdales et les parties voisines sont d'un noir grisâtre, se réduisent en bouillie, et répandent une odeur gangréneuse.

Cette terminaison de la gangrène annonce une altération profonde de l'organisme. Il est à présumer que ce n'est point une inflammation locale, simple, bornée à ces parties, mais que d'autres organes importants à la vie sont entrepris en même temps.

Nous nous abstenons à dessein de décrire en détail les phénomènes locaux fonctionnels de cette maladie, puisqu'ils sont les mêmes que ceux que nous avons précédemment exposés, toutefois avec quelque différence dans l'intensité. Il arrive souvent que l'angine qui doit se terminer par gangrène ne donne pas lieu à des phénomènes très-graves, de manière qu'une maladie légère en apparence cause une mort d'autant plus terrible qu'elle est plus inattendue.

Les symptômes généraux peuvent être très-alarmants. Cette phlegmasie arrivant rarement seule, des signes de gastro-entérite grave, portant le caractère adynamique, se font remarquer dès le début de la maladie ; d'autres fois le cerveau et les méninges participent à cette affection, et les symptômes qu'ils présentent portent aussi le caractère le plus funeste.

Le pouls est petit, misérable ; la peau livide, pâle, froide ; la face altérée, décomposée ; l'haleine fétide, etc.

La gangrène n'est pas toujours bornée à l'entrée des voies digestives ; les poumons et les intestins peuvent en être frappés simultanément.

Mais ce n'est nullement là l'épidémie décrite par Fothergill, ni l'esquinancie gangréneuse d'Huxham et autres ; ces auteurs n'ont observé, ainsi que l'a démontré M. Bretonneau, que l'angine couenneuse et l'angine pultacée : cependant quelques-unes de leurs observations tendraient à prouver qu'ils ont aussi observé concurremment l'angine dont nous parlons.

Cancer du pharynx.

Phénomènes locaux. Cette maladie commence par une douleur d'abord légère, une simple titillation de la gorge ; cette douleur augmente, prend le caractère lancinant ; la déglutition devient de jour en jour plus difficile ; on aperçoit à la partie postérieure du pharynx une tumeur étendue, sans changement notable de couleur dans les premiers temps ; plus tard, une altération irrégulière, fongueuse, se laisse apercevoir, lorsque la maladie n'est pas située trop profondément ; le col se tuméfie, devient légèrement sensible à la pression extérieure. L'haleine est fétide ; le malade crache des matières glaireuses, filantes ou opaques, sanieuses, puriformes, d'une odeur repoussante. Lorsque le gonflement s'étend aux parties voisines, la voix s'altère, devient rauque ; la compression du larynx et de la trachée-artère peut rendre la voix sifflante, discordante, et faire craindre la suffocation.

On peut confondre avec le cancer du pharynx les ulcères syphilitiques, les tumeurs scrofuleuses, la carie des vertèbres avec engorgement des parties voisines, etc. ; mais ces maladies ont leurs signes caractéristiques, propres à les faire distinguer.

La circonstance commémorative d'une infection vénérienne fera reconnaître cette maladie ; la disposition scrofuleuse sera non moins reconnaissable, etc. ; le caractère de la douleur, la couleur particulière de la peau, seront aussi très-propres à déceler la nature de la maladie.

La marche de cette affection est essentiellement lente et toujours croissante ; elle offre souvent des exacerbations ; elle n'est soulagée par aucun traitement, et tôt ou tard le malade succombe à la douleur et à l'inanition, l'obstacle à l'ingestion de toute matière alimentaire finissant par être invincible.

Signes généraux. Il n'en existe aucun dans les premiers temps de la maladie, mais vers la fin on observe tous ceux des maladies organiques parvenues à leur troisième degré. L'altération de tous les viscères, l'infiltration, le marasme, la fièvre hectique, etc.

Lésions organiques. Les parois du pharynx sont épaisses, dures, grisâtres, opalines, laiteuses, jaunâtres, demi-transparentes, criant sous l'instrument qui les coupe, molles, irrégulières, mamelonnées vers leur intérieur, se détachant facilement en matière pultacée ; adhérentes aux parties environnantes, avec lesquelles elles sont ordinairement confondues d'une manière inextricable. Les parties voisines offrent souvent de petites excroissances fongueuses, polypeuses, rouges, dont le centre et la base sont consistants et blanchâtres. Dans certains cas cette dégénérescence a commencé par les parties extérieures, par les glandes, par le tissu cellulaire, engorgés consécutivement à un cancer de la mamelle communiquant l'infection de proche en proche jusqu'à l'organe dont nous parlons. Ces exemples sont assez communs.

Spasme du pharynx.

Le spasme du pharynx consiste dans une contraction subite des muscles qui le composent, contraction qui s'oppose d'une manière invincible à l'introduction des aliments ou des boissons ; lorsqu'on veut forcer le malade à boire, les liquides sont quelquefois rejetés à une grande distance par cette contraction spasmodique. J'ai été témoin de ce phénomène chez un homme atteint de la rage, et que je forçai de boire ; à peine le liquide fut-il introduit dans l'arrière-bouche, qu'il fut projeté à plusieurs pieds de distance. Ce spasme est causé par des affections morales vives, par la tristesse, les chagrins cuisants. Il y a absence complète de signes d'inflammation ou de toute autre altération locale de cet organe.

La paralysie du pharynx n'étant qu'un symptôme d'une affection cérébrale, ou d'une maladie parvenue à sa dernière période, il serait superflu d'en parler en ce moment.

Œsophagite.

L'inflammation de l'œsophage est une maladie assez rare et le plus souvent légère. Elle est caractérisée pendant la vie par la douleur locale, la gêne de la déglutition; le bol alimentaire, parvenu vers le lieu où siége l'inflammation, s'arrête, occasionne des efforts de déglutition, et une douleur d'autant plus vive qu'il est plus volumineux, plus dur, plus inégal. La douleur se fait sentir, soit au-devant des vertèbres cervicales, soit sous le sternum, entre les épaules, soit vers le cardia, sous l'appendice xiphoïde, suivant la hauteur que l'inflammation occupe. La résolution est la terminaison ordinaire de l'œsophagite, ce qui n'a pas permis jusqu'à ce jour de trouver des traces organiques qu'elle peut laisser après elle, bien entendu que nous faisons abstraction du cancer de l'œsophage. Cette maladie ne donne jamais lieu à des phénomènes généraux. Si pourtant elle occupait tout l'œsophage, qu'elle fût intense et déterminée par une cause grave, on conçoit sans peine que des signes de réaction pourraient se manifester.

Cancer de l'œsophage.

Un sentiment d'ardeur, d'érosion, dans un point de l'œsophage; une douleur lancinante, une dysphagie persistante, le vomissement prompt des matières alimentaires, le poids incommode que leur séjour fait sentir au-dessus d'un obstacle perçu par le malade, une teinte jaune-paille de la peau, sont les caractères qui doivent faire reconnaître le cancer de l'œsophage. Si la maladie occupe la portion cervicale de ce conduit, on pourra reconnaître une tumeur dure, circonscrite, adhérente ou mobile, située entre le larynx, la trachée et les vertèbres cervicales. Située plus bas, la tumeur se dérobe à notre investigation.

Les signes que nous venons de donner sont communs à plusieurs maladies; mais on peut reconnaître assez facilement à laquelle ils appartiennent. Je ne pense pas qu'ils puissent être produits par l'œsophagite chronique, parce que l'œsophagite est une maladie légère qui se termine toujours par résolution, et ne passe pas à l'état chronique. Lorsque le sentiment d'ardeur, d'âcreté, d'érosion, dépend d'une maladie de l'estomac, la coexistence de cette dernière empêche l'erreur. Lorsque la dysphagie est spasmodique, elle est passagère; lorsqu'elle est produite par la compression d'un anévrysme, on reconnaît cette affection à ses signes propres; par celle de tubercules, etc., on la distingue de la même manière, etc. D'ailleurs les caractères généraux du cancer ajoutent encore un degré de plus de probabilité aux signes locaux qui sont particuliers au cancer de l'œsophage.

Lésion organique. Dans une étendue plus ou moins considérable, et à une hauteur variable, les parois de l'œsophage sont épaissies, lardacées, grises, opalines, demi-transparentes, criant sous le scalpel, ramollies en encéphaloïdes, inégales vers l'intérieur; l'aire du conduit est diminuée dans cet endroit, tandis qu'immédiatement au-dessus elle présente une distention considérable. J'ai vu quelquefois le cancer de l'œsophage, ainsi que celui du pharynx, consécutif à l'engorgement cancéreux de glandes lymphatiques ou de tissu cellulaire environnants, chez des femmes qui avaient subi l'amputation du sein pour une affection de cette nature.

Il peut arriver que l'œsophage se rompe, soit qu'il existe un rétrécissement qui a occasionné la dilatation de ce conduit et l'affaiblissement de ses parois, soit que l'ulcération les ait perforées après les avoir détruites; alors il survient des accidents très-graves et promptement mortels. Les matières s'épanchent dans le médiastin et même dans la poitrine, lorsque la plèvre a été elle-même altérée et déchirée. Boerhaave a cité un fait de ce genre très-extraordinaire, dont l'amiral Jean, baron de Wassenaer, est le sujet; fait que Zimmermann a cru devoir recueillir dans son philosophique ouvrage sur l'expérience (1). Ces exemples sont rares, et ne permettent pas de s'élever à une description générale.

Dysphagie, spasme de l'œsophage.

Si la dysphagie est le symptôme commun à toutes les maladies dont nous venons de parler, elle peut dépendre aussi d'une affection cérébrale, et n'être alors qu'un symptôme de cette affection. L'expérience prouve en effet qu'elle peut être l'effet de la plupart des altérations encéphaliques; mais elle peut être aussi purement nerveuse, c'est-à-dire ne dépendre d'aucune lésion *apparente* de l'organe lui-même, ni de la portion du cerveau qui préside au mouvement et au sentiment de ce conduit.

Une constriction subite, sans signes antécédents, survenant pour l'ordinaire à la suite d'une affection morale vive, s'opposant à l'introduction de tout aliment ou de toute boisson dans le ventricule, produisant quelquefois une violente contraction des parois de l'œsophage, et faisant rejeter ainsi les matières ingérées : tels sont les principaux caractères de cette singulière maladie, qui ne donne lieu à aucun phénomène de réaction, et se termine le plus ordinairement tout-à-coup, après que la cause a cessé d'agir, sans laisser de traces après elle.

Les autres altérations de l'œsophage ont été jusqu'à ce jour peu observées.

Indigestion.

Le diagnostic de l'indigestion est plus souvent utile qu'on ne pense communément. L'indigestion simple est une maladie légère, qui mérite même à peine ce nom, et n'exige presque aucun traitement. Lorsqu'elle est symptomatique au contraire, elle peut dépendre d'une multitude de maladies graves, et elle réclame des moyens prompts, énergiques et variés.

Nous avons dit que l'estomac partageait la souffrance de tous les organes, et que, lorsque la nature procédait au travail d'une maladie, le ventricule suspendait ses fonctions, qu'il survenait de l'inappétence, et souvent des vomissements, et que par là elle semblait nous dicter la conduite à tenir, c'est-à-dire nous inviter à cesser toute alimentation, à ne plus introduire dans le ventricule de nouveaux moyens de réparation et d'irritation. L'invasion de la plupart des maladies est en effet marquée par la perte de l'appétit, le dégoût, et souvent le vomissement. Lorsque l'estomac contient des aliments, ils sont rejetés par cet acte morbide; on

(1) Traité de l'expérience en général, première partie, liv. III, chap. IV, page 155, édit. 1817.

observe, en un mot, tous les phénomènes de l'indigestion que nous allons tracer. Pour ne pas commettre d'erreur de pronostic et de traitement en rassurant mal à propos le malade ou ses parents sur son état, et en s'abstenant de prescrire les remèdes convenables, il importe de distinguer si l'indigestion est l'effet d'une maladie qui se déclare, ou si elle est simplement la cause des accidents que l'on observe.

Dans ce dernier cas, elle est légère et mérite peu d'attention; dans l'autre, elle ne peut être regardée comme un phénomène indifférent.

Dans l'un et l'autre cas, le malade éprouve un mal-aise général, une anxiété, une plénitude, un poids considérable dans la région épigastrique; il existe des renvois aigres et fétides, précurseurs des vomissements; des nausées, des hoquets, des borborygmes les annoncent d'une manière plus immédiate; et bientôt, en effet, le malade vomit, en plus ou moins grande abondance, des matières alimentaires mal élaborées, mal digérées, aigres, fades, nauséeuses, et dont l'aspect et l'odeur varient suivant les aliments précédemment ingérés. Le vomissement peut être précédé et suivi de mouvements nerveux, de syncopes, chez les personnes ordinairement irritables; des coliques, des borborygmes, des gaz intestinaux fétides, des déjections de matières mal digérées, à demi liquides, accompagnent souvent les premiers symptômes. Une céphalalgie violente, un brisement général et d'autres phénomènes sympathiques existent en même temps.

Dans quelques indigestions l'estomac est peu affecté; il n'y a ni nausées ni vomissements; les aliments passent dans les secondes voies, et c'est là seulement qu'ils excitent les accidents d'une indigestion intestinale. Cette espèce d'indigestion est caractérisée par des coliques, des borborygmes, des flatuosités, des gaz intestinaux, l'excrétion de matières d'abord dures, puis liquides, âcres, fétides, etc.; enfin dans quelques circonstances il n'existe aucun trouble marqué dans la digestion stomacale ou intestinale, c'est-à-dire qu'il n'y a ni vomissement ni défécation.

Lorsque l'estomac et les intestins sont débarrassés, le malade éprouve en général un grand soulagement; tous les accidents locaux et généraux disparaissent; il reste seulement, pendant quelque temps, une fatigue plus ou moins grande dans les organes digestifs.

Il s'agit maintenant de déterminer si l'indigestion est primitive ou si elle est consécutive. Elle est primitive lorsqu'elle arrive sur un individu bien portant, jouissant de la plénitude de ses fonctions digestives; qu'elle est produite par une cause dont l'action ne s'est fait sentir qu'après l'ingestion des aliments; une impression morale vive, un effort intellectuel, une chaleur intense, un froid vif, un exercice forcé, et que surtout elle est déterminée par une quantité trop grande d'aliments ou par des aliments difficilement digestibles: dans tous ces cas on peut considérer l'indigestion comme primitive. Elle sera au contraire l'effet d'un état morbide préexistant lorsqu'elle surviendra chez un individu dont la digestion aura été troublée depuis plusieurs jours; chez lequel il existera inappétence, dégoût des aliments; qui aura éprouvé une maladie antécédente; qui se trouvera en convalescence, etc., et chez lequel il existera manifestement un appareil fébrile peu proportionné avec une simple indigestion : dans ces dernières circonstances le médecin ne saurait trop se sentir sur ses gardes.

Embarras gastrique.

On a beaucoup discuté récemment pour savoir si l'on devait reconnaître un embarras gastrique; les médecins de la nouvelle école se sont fort élevés contre l'existence de cet état morbide; ils l'ont considéré comme un reste des préjugés antiques, comme un vieux levain des anciennes traditions, un vestige impur de la médecine humorale. Plus tard enfin ils ont renoncé à leurs déclamations, et reconnu qu'il pouvait exister un état qui mérite ce nom.

On convient généralement aujourd'hui que des aliments peu digestibles par leur nature, ou devenus tels par une disposition de l'estomac, peuvent s'accumuler dans cet organe; que des matières muqueuses sécrétées en plus grande abondance que dans l'état physiologique, que des matières bilieuses venant du duodédum, peuvent s'amasser dans le ventricule et occasionner les symptômes désignés sous le nom d'embarras gastrique.

Nous n'ignorons pas qu'on a prétendu que cet état était toujours le résultat d'une irritation primitive ou consécutive, et partant devait être traité comme tel; qu'on a dit que l'estomac ne sécrétait plus de mucus que parce qu'il était plus irrité; que la bile n'y arrivait en plus grande abondance que parce qu'elle y était appelée par l'irritation, etc. : mais cela n'est pas démontré. D'abord l'ingestion de matières peu digestibles est une cause primitive indubitable; et si la présence de ces matières cause de l'irritation, cette irritation est purement consécutive, et disparait avec la cause qui l'occasionne. En second lieu, l'exhalation muqueuse peut être plus abondante sans irritation préalable, ainsi que nous l'avons prouvé précédemment, de même que les autres sécrétions. Il peut donc exister réellement un état morbide d'embarras gastrique primitif, susceptible de déterminer consécutivement les symptômes de l'irritation gastrique. Cet état se manifeste par un sentiment de gêne et de pesanteur dans la région épigastrique, une tension, un ballonnement, quelquefois une chaleur sensible dans cette région, qui est en même temps le siége d'une exhalation gazeuse abondante, laquelle se déclare par des borborygmes et des renvois de gaz; ces gaz, en remontant par l'œsophage, font éprouver de la chaleur, et parfois de l'acidité; ils sont fétides ou inodores. Il existe des pulsations singulières, qui s'étendent jusque sous les fausses côtes; les douleurs se propagent aussi à droite et à gauche dans le dos, et remontent jusque dans les épaules; le malade a perdu l'appetit, il éprouve du dégoût, de la salivation, du crachotement, des vertiges; bientôt des nausées, le tremblement de la lèvre inférieure, des vomituritions, enfin le vomissement des matières contenues dans l'estomac.

Quelques phénomènes sympathiques se joignent à ces symptômes : la bouche est amère, pâteuse ou acide; la langue blanche ou jaunâtre; il existe de l'appétence pour les boissons acides, de l'aversion pour les alimens animaux. Une douleur sus-orbitaire accompagne presque constamment cet état; la face est pâle, abattue; le malade est triste, découragé; il se plaint d'avoir les membres brisés; le sommeil est pénible, peu réparateur; la respiration est gênée; l'haleine est souvent fétide; le pouls petit, peu développé; la perspiration diminuée, etc.

Cet état se termine ordinairement d'une manière favorable par le vomissement spontané ou provoqué par l'art, souvent aussi par l'abstinence et les boissons délayantes. Sa durée est ordinairement

de peu de jours, ce qui combat l'opinion des médecins qui en ont fait une variété de la gastrite chronique.

Les symptômes que nous avons exposés sont bien certainement ceux qui appartiennent à un certain degré de l'irritation gastrique; mais comment pourrait-il en être autrement, puisque la maladie a le même siége, l'estomac, et qu'elle peut occasionner secondairement cette irritation? Le seul moyen de les distinguer l'une de l'autre, c'est la présence ou l'absence des phénomènes fébriles; il paraît même que ce signe n'avait pas échappé à Hippocrate, lorsqu'il avait dit qu'il fallait faire vomir celui qui était sans fièvre, etc.

Ce passage est trop digne d'attention pour ne pas être cité :

Apurétô ónti apositiê, kai kardiôgmos, kai skotodinos, kai stoma ekpikroumenon, ànô pharmakeiês deisthai sêmainei. Et remarquez que le mot *apurétô* est placé le premier, comme celui qui, d'après les constructions antiques, mérite le plus d'attention. L'embarras gastrique simple sera donc principalement caractérisé par l'absence de la fièvre.

Gastrite.

La gastrite a singulièrement attiré l'attention des médecins dans ces derniers temps, et peu s'en est fallu qu'elle n'usurpât une domination universelle sur toutes les autres maladies. Le réformateur de la médecine en avait fait l'unique objet de ses méditations; c'était de la gastrite que procédaient toutes les maladies; c'était à la gastrite que toutes elles aboutissaient. Nous avons déjà dit qu'il n'en était plus ainsi aujourd'hui, et que, bien que la gastrite conservât encore une certaine prééminence, elle souffrait cependant des rivales.

Les fonctions de l'estomac étant bien connues, il devient facile d'apprécier les signes de son inflammation, dont le premier effet est de déranger ces fonctions. Ces dérangemens fonctionnels offrent des différences importantes à signaler, suivant que la gastrite est aiguë ou chronique, légère ou intense.

La gastrite aiguë, lorsqu'elle est légère, trouble peu les fonctions digestives, et ne produit, pour ainsi dire, aucun accident de réaction. Le malade éprouve une douleur sourde dans la région épigastrique; cette douleur n'augmente que par une pression un peu forte; elle augmente aussi par l'ingestion des aliments, par les secousses de l'exercice à pied, à cheval, etc.; elle est quelquefois passagère, ordinairement continue, mais plus forte dans certains moments; il ressent en même temps de la tension, des battements incommodes dans cette région. L'appétit est diminué, quelquefois augmenté; les digestions sont fatigantes, accompagnées de malaise et de pesanteur, souvent de toux sèche et revenant par quintes; il y a soif, sécheresse de la bouche, ardeur de la gorge, rougeur de la langue, et, dans quelques circonstances, vomissements des aliments.

En même temps des alternatives de chaleur et de frisson, de la chaleur et de l'aridité vers la région épigastrique, de la céphalalgie, de la fréquence dans le pouls, et autres phénomènes généraux, se manifestent, mais à un faible degré; ils peuvent même ne pas exister.

Cette phlegmasie peut s'étendre aux intestins grêles, et succéder à l'angine pharingienne. Elle est en général de courte durée, et se termine par résolution; elle peut cependant passer à l'état chronique. On a même remarqué qu'elle prenait plus facilement cette marche que la gastrite intense, sans doute parce qu'étant légère, elle ne réclame pas impérieusement le traitement qui lui convient, et les malades continuant leur régime habituel, perpétuent cette phlegmasie par l'action non interrompue des causes qui l'ont occasionnée. Cette maladie ne se terminant jamais par la mort, on n'a pu jusqu'à présent reconnaître les lésions organiques qui existent; on est réduit à supposer, d'après l'expression fonctionnelle, que ces altérations sont simplement un moindre degré de celles que l'on rencontre dans la gastrite intense.

Lorsque la gastrite est violente, on observe un appareil de symptômes bien autrement graves.

Après des phénomènes précurseurs très-prononcés, tels que douleurs vives des membres, baillements, pandiculations, vertiges, brisement général, morosité, etc.; et à la suite d'un frisson violent et de longue durée, d'une chaleur intense ou de syncopes répétées, il se déclare une douleur épigastrique intolérable, qui s'étend au dos, à l'ombilic, aux hypocondres, remonte en suivant le trajet de l'œsophage, se fait sentir entre les épaules. Cette douleur augmente par la pression la plus légère, au point que le poids des couvertures est souvent insupportable; elle augmente aussi par la contraction des muscles abdominaux, par l'abaissement du diaphragme, ce qui rend l'inspiration pénible et douloureuse; mais surtout par les efforts de vomissement et par l'ingestion des boissons. Le malade éprouve, dans la région épigastrique, une chaleur brûlante, de la tuméfaction sensible pour le médecin, une espèce de contraction permanente des muscles droits de l'abdomen. Des nausées, des vomiturítions sans cesse renouvelées, de vains efforts de vomissement, tourmentent le malade. Ces vomissements entraînent des boissons, des mucosités, de la bile, du sang, et, loin de soulager, sont suivis de l'exaspération des accidents. Une soif vive, inextinguible, se fait sentir; le malade désire les boissons froides et acidules; les boissons douces et chaudes lui inspirent de la répugnance; l'estomac se révolte contre toute espèce de liquides, les rejette aussitôt qu'ils sont introduits, et ces vomissements sont si douloureux, que le malade est comme suspendu entre le désir irrésistible de boire et la crainte de vomir. Lorsqu'un poison ou une substance âcre, corrosive, a produit la gastrite, des vestiges de son action se font remarquer dans la bouche et le pharynx, qui sont le siége d'escarres plus ou moins profondes.

Les phénomènes généraux qui accompagnent cette inflammation sont proportionnés à son intensité. La face est altérée, décomposée, pâle, ou abattue, ou rouge et vultueuse, suivant les moments où on l'observe; les yeux sont ternes ou brillants; la peau est froide ou chaude, âcre, sèche, ou couverte d'une sueur visqueuse; le pouls est en général petit, concentré, fréquent; toute position est insupportable, le malade s'agite sans cesse, se plaint d'une voix faible et presque éteinte, etc.

Cette maladie marche rapidement, et se termine souvent par la mort, ce qui peut avoir lieu dans deux ou trois jours, ou dans quelques heures, suivant la violence de la cause et des accidents. Lorsque la gastrite est spontanée, c'est-à-dire produite par une cause mal appréciée, elle peut se terminer dans le premier septenaire, dans le second, et quelquefois même vers la fin du troisième.

Lorsque la guérison a lieu, et qu'il a existé des escarres gangréneuses, la convalescence est d'une lenteur extrême. Lorsque les escarres se détachent,

c'est-à-dire au bout de deux ou trois semaines, il survient des hémorrhagies qui compromettent l'existence du malade et l'affaiblissent toujours beaucoup : ce n'est que très-tard que l'estomac recouvre sa force première.

Lorsque les malades succombent, ce peut être dans la violence de l'inflammation, dans la suppuration de l'organe, ou pendant sa désorganisation gangréneuse; la résolution peut aussi terminer cette maladie.

Lésions organiques. Pour bien apprécier les altérations pathologiques que la gastrite laisse après elle, il faut connaître d'une manière précise l'état naturel de la membrane muqueuse gastrique, les divers changements que déterminent une multitude de circonstances physiologiques, et aussi quelques états pathologiques qui ne sont point des gastrites. L'ouvrage que M. Billard a publié sur ce sujet ne saurait être lu avec trop d'attention; on y puisera toutes les notions nécessaires à l'examen de l'état pathologique des organes dont nous parlons.

Dans les cas les plus ordinaires, la membrane muqueuse est rouge, et paraît tuméfiée, boursouflée; mais les degrés de cette rougeur et de cette tuméfaction sont infinis. Depuis quelques années les médecins ont tellement fixé leur attention sur ce point de pathologie, qu'ils ont trouvé et décrit avec une exactitude minutieuse une multitude de nuances de ces sortes d'altérations organiques. La rougeur peut occuper la région cardiaque, le bas-fond de l'estomac, sa petite extrémité; elle peut être générale, uniforme ou inégale; elle peut être simplement rosée, mais sa couleur être tellement fondue qu'on ne reconnaisse nullement les vaisseaux capillaires; elle peut ressembler à une véritable arborisation; elle peut être rouge foncé, par place, par stries, par points; violacée, brune et noire. Ces dernières couleurs sont plutôt le résultat de l'injection mécanique qui accompagne le troisième degré des maladies du cœur que celui de la phlegmasie. Les parois de l'estomac sont souvent épaissies, ce qui arrive principalement dans les gastrites chroniques; l'estomac paraît en dehors comme étranglé; à l'intérieur de ces espèces de rétrécissements on reconnaît un nombre considérable de plis longitudinaux. Une chose digne de remarque, que j'ai observée en faisant l'ouverture d'une épileptique qui avait succombé à un véritable empoisonnement par le nitrate d'argent, c'est que la rougeur est surtout sensible sur la partie saillante convexe de ces plis, et nullement dans leur enfoncement; ce qui n'aurait sans doute pas eu lieu si le médicament ou le poison eût été sous forme liquide. Ce fait peut fort bien n'être pas sans utilité dans les recherches médico-légales. La membrane muqueuse est souvent parsemée de mamelons analogues aux bourgeons charnus d'une plaie.

Il est indubitable que la gastrite ne puisse se terminer par suppuration; mais cette suppuration a lieu comme pour les bronches : c'est une véritable exsudation purulente. On voit souvent dans l'intérieur de l'estomac un mucus épais, opaque, jaunâtre, grisâtre, pultacé; la membrane qu'il recouvre est rouge, et sensiblement épaissie. Je ne doute nullement que ce ne soit là la terminaison par suppuration de la gastrite. On n'a pas encore constaté la présence du pus dans la tunique même de l'estomac, mais personne ne révoque en doute qu'il ne puisse se former de la suppuration dans une partie voisine de cet organe, et que le pus ne puisse se faire jour dans sa cavité ou dans le mésentère, dans les épiploons, ou même dans la grande cavité péritonéale.

La gangrène de l'estomac n'a guère lieu dans les gastrites spontanées; du moins ne l'avons-nous jamais observé, quoique les auteurs anciens en fassent souvent mention. Il est plus que probable qu'ils auront pris pour la gangrène la couleur bleuâtre, noire de la membrane muqueuse dans la dernière période des maladies du cœur. Mais cette altération se rencontre fréquemment lorsque la gastrite est le résultat d'un empoisonnement. La grandeur, l'épaisseur, la forme, la couleur, l'odeur des escarres, varient singulièrement : elles peuvent occuper tout le bas-fond de l'estomac (il est rare qu'il en existe sur la petite courbure), intéresser jusqu'au péritoine. Elles sont ordinairement d'un blanc jaunâtre, grisâtre, ardoisées et même noires. La membrane muqueuse, qui n'est pas gangrénée, est rouge, livide, brune; elle est parsemée de taches, d'ecchimoses irrégulièrement arrondies, longitudinales, etc., souvent entourées d'un cercle inflammatoire qui les déborde, ou bien plus saillantes que les parties voisines, à moitié détachées, etc. Des escarres semblables se rencontrent dans l'œsophage, dans le pharynx et dans la bouche.

Les tuniques de l'estomac ont été trouvées ulcérées ; mais cette altération est rare : elle doit principalement succéder à la gastrite chronique. Elles sont aussi tapissées d'une exsudation membraniforme.

Les altérations dont nous venons de parler sont produites par la gastrite simple; mais tout porte à croire que les inflammations de la membrane muqueuse gastro-intestinale sont susceptibles des mêmes inflammations spécifiques que la peau : aussi trouve-t-on sur cette membrane des espèces d'éruptions dont nous parlerons en traitant de l'entérite.

Gastrite chronique.

La gastrite chronique, soit qu'elle succède à la gastrite aiguë, soit qu'elle ait revêtu le caractère de chronicité de prime abord, s'annonce par d'autres phénomènes fonctionnels morbides, locaux et généraux, et par d'autres phénomènes organiques.

Les symptômes sont de la même nature, puisqu'ils dépendent de la maladie d'un même organe; mais ils éprouvent des modifications, parce que l'altération organique dont ils sont l'expression n'est pas précisément la même que les précédentes. Ici, comme partout, nous devons trouver un rapport constant entre la lésion organique et les phénomènes fonctionnels. Les cas rares où ce rapport paraît ne pas exister ne sont que des cas d'exception qui doivent être placés parmi les inconnus. Ici, comme dans les maladies précédentes, c'est l'estomac qui est malade; nous aurons donc pour symptômes les dérangements des fonctions de cet organe. La lésion s'opère lentement, d'une manière obscure; le trouble fonctionnel sera lent et peu prononcé; la résolution sera difficile; les symptômes présenteront la même persistance, la même opiniâtreté.

On a distingué un grand nombre de formes de gastrites chroniques; on en a fait une de l'embarras gastrique. Cette affection, n'ayant ordinairement qu'une durée très-limitée, ne nous paraît pas être une inflammation chronique.

C'est avec plus de vraisemblance qu'on a rattaché la *dyspepsie* à la gastrite chronique. M. Georget revendique pourtant cette altération pour les névroses, et nous croyons en effet que, jusqu'à ce que l'anatomie pathologique, cette source de toute lumière en médecine, ait fait reconnaître les traces organiques de la gastrite chronique dans la dyspep-

sie, on n'aura aucune bonne raison à lui opposer. Cette espèce de maladie est principalement caractérisée par une douleur épigastrique analogue à celle que produit la faim; l'ingestion des aliments la soulage, au moins momentanément, et au bout de deux heures environ elle ne tarde pas à reparaître avec une nouvelle violence, accompagnée de gonflement, de battements à la région épigastrique, de soif, de rapports, de céphalalgie, de chaleur générale, de lassitude, etc., tous symptômes qui décèlent la fatigue de l'estomac.

On a admis des variétés de gastrite chronique, d'après le siége de la phlegmasie; on a admis une gastrite chronique du cardia, une autre du corps de l'estomac, une autre de l'extrémité pylorique : nous n'avons pas reconnu l'extrême nécessité de ces divisions.

Le cancer de l'estomac a surtout été regardé comme une gastrite chronique. Ce que nous avons dit dans nos généralités, et aussi en parlant des maladies de l'encéphale, nous dispense d'entrer ici dans de nouvelles discussions. L'on sait maintenant que, si l'inflammation opiniâtre favorise la production du cancer, cette maladie ne saurait se manifester sans une cause particulière. Nous en traiterons séparément.

L'hypocondrie a été régardée aussi par ces médecins comme une gastrite chronique; mais nous croyons devoir nous ranger du côté de M. Georget, qui en fait une maladie du système nerveux. A défaut de signes organiques, les lésions fonctionnelles nous paraissent fortement militer pour cette dernière opinion.

Enfin le pica, le malacia, la boulimie, la chlorose ou pâles couleurs, et autres maladies des jeunes filles hystériques ou aménorrhoïques, me parraissent bien plutôt des dérangements du système nerveux que le résultat de la phlegmasie chronique du ventricule. Sans doute il serait plus satisfaisant pour l'esprit que l'altération organique de ces désordres fonctionnels fût connue, mais il est plus dangereux de la supposer que d'avouer son ignorance.

Phénomènes morbides locaux et fonctionnels. Ce n'est plus une douleur déchirante que le malade éprouve dans la région épigastrique, c'est le sentiment d'un corps dur, d'une boule, d'une barre placée quelquefois derrière le sternum. Cette sensation est constante, continuelle, fatigante; l'appétit est languissant, la bouche fade, pâteuse, amère; la langue habituellement sale, mais surtout le matin à jeûn; la digestion est laborieuse, accompagnée de flatuosités, de nausées et même de vomissements; les selles sont ordinairement rares. Ces phénomènes locaux persistent long-temps sans occasionner de trouble de fonctions plus éloignées; cependant au bout d'un certain temps, la réparation de l'individu étant attaquée par sa base, la succession de digestions imparfaites fait sentir ses effets dans tout l'organisme : la nutrition cesse de s'opérer convenablement; l'individu maigrit, pâlit d'une manière sensible; la face est abattue, fatiguée; les pommettes deviennent saillantes, les yeux ternes et enfoncés; l'expression du visage est celle de la tristesse et de la douleur; les forces abandonnent le malade; toutes les fonctions organiques et encéphaliques traînent et languissent; le dévoiement colliquatif et le marasme se manifestent dans la dernière période, et terminent une scène de douleurs.

La marche de cette maladie est lente, sa durée illimitée. Elle peut se terminer par résolution lorsqu'on peut soustraire le malade à la cause qui a déterminé et qui entretient son affection. Le retour à la santé se fait ordinairement d'une manière insensible.

Lorsque la gastrite chronique se termine par la mort, on observe des lésions organiques différentes de celles que nous avons décrites.

Lésions organiques. La couleur rouge de la membrane muqueuse est ordinairement moins foncée; cette membrane peut même offrir une pâleur, une blancheur insolites, et qui sont bien certainement l'effet d'un état pathologique. Elle est quelquefois d'une couleur gris d'ardoise, et parfois d'un gris verdâtre. Les tuniques de l'estomac et des intestins sont souvent d'une transparence remarquable; dans certains cas il existe un amincissement très-sensible de ces tuniques; des vaisseaux bleus, variqueux, sillonnent ces parois, qui sont ordinairement d'un blanc sale et d'une grande ténuité. J'ai observé ces dispositions organiques chez des individus qui, pendant leur vie, n'avaient éprouvé aucun symptôme de gastrite aiguë ou chronique. Cet amincissement est presque toujours accompagné de la dilatation de l'estomac; c'est un véritable anévrysme de cet organe. L'épaississement de la membrane muqueuse dont nous avons parlé tout-à-l'heure se rencontre fréquemment aussi dans la gastrite chronique : cette dernière lésion coïncide ordinairement avec le rétrécissement de sa cavité.

Des ulcérations, rares à la vérité, la plupart du temps uniques, ou du moins en petit nombre, se rencontrent quelquefois dans l'estomac. Elles sont le résultat de la chute d'une escarre, du ramollissement partiel, de l'ouverture d'une pustule, etc. Leur aspect est très-variable; elles sont souvent entourées d'un cercle inflammatoire, petites, larges, superficielles, profondes, pâles, rouges, saignantes; enfin le tissu sous-muqueux peut être emphysémateux, œdémateux, etc.

L'estomac peut contenir des fluides très-variables par leurs qualités chimiques et physiques, par leur quantité, etc. : ce sont des aliments, des médicaments, des poisons, des fluides sécrétés par la membrane muqueuse ou par les organes voisins. Il est très-important d'examiner ces fluides, surtout dans quelques cas de médecine légale. Un des corps que l'on rencontre le plus souvent dans l'estomac, ce sont des vers dont on ignore la formation, mais qu'on a regardés à tort comme la production de l'inflammation chronique.

Ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac.

Nous avions observé depuis long-temps le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, et sa destruction complète, cette altération étant très-fréquente chez nos vieillards, sans ajouter à cette maladie toute l'attention qu'elle méritait; il était réservé à M. Louis (1) de la faire connaître de la manière la plus exacte, sous le double rapport des lésions fonctionnelles et des lésions organiques.

Quels sont les symptômes qui accompagnent le ramollissement de l'estomac? Dans la plupart des cas dont M. Louis a rapporté l'exemple, les fonctions digestives étaient altérées depuis un temps

(1) Mémoire sur l'amincissement et le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac (Archives générales de médecine, mai 1824); et dans les Mémoires ou recherches anatomico-pathologiques. Paris, 1826, page 1re.

plus ou moins long, depuis plusieurs années, ou au moins depuis plusieurs mois. Au début de la maladie, ou du moins au moment qu'on pouvait considérer comme tel, perte complète d'appétit, épigastralgie, frissons entremêlés de chaleur, nausées, vomissements; ou bien anorexie, soif, fièvre, et plus tard douleurs épipastriques; dans deux cas ces symptômes se sont montrés simultanément. Ces phénomènes persistent jusqu'à la mort, d'une manière continue, ou avec des rémittences diverses; ils varient d'ailleurs d'intensité, et se montrent avec des nuances différentes, et quelquefois sont si obscurs qu'on ne peut les reconnaître.

Cette maladie se termine ordinairement par la mort; cependant le médecin que nous venons de citer, d'après des observations ultérieures, croit pouvoir affirmer que cette altération morbide est susceptible de guérison; elle ne produit presque jamais des phénomènes généraux.

On peut reconnaître cette affection lorsque les fonctions digestives ont été altérées depuis longtemps; lorsqu'on observe au début fièvre, nausées, vomissements, anorexie, épigastralgie constante; lorsque ces accidents persistent jusqu'à la mort d'une manière continue ou avec quelques rémissions; lorsqu'ils surviennent dans les cours d'une maladie chronique, et particulièrement de la phthisie; lorsque les accidents ont duré vingt jours, six semaines, deux mois; lorsqu'il n'existe pas de tumeur épigastrique, ni les signes du cancer de l'estomac.

Lésions organiques. On trouve, dans une étendue variable, la membrane muqueuse ramollie, réduite en bouillie; en passant le dos du scalpel ou un corps obtus, on l'enlève avec facilité; les parois du ventricule sont ordinairement amincies vers l'endroit correspondant. A l'extérieur, l'estomac paraît affaissé, déprimé, vers la région malade; il offre aussi un changement de couleur dans cette région. Dans l'intérieur on observe une couleur d'un blanc bleuâtre, continue, disposée par plaques très-rapprochées, assez arrondies, ou par bandes longues et étroites; l'endroit affecté est sensiblement aminci; il existe une différence notable de niveau avec la portion saine, mais le passage de l'une à l'autre est ordinairement graduel, et ne présente pas de circonscription tranchée et déterminée, ce qui fait différer cet état de la véritable ulcération, dont les bords sont en général tranchés. La membrane muqueuse est pâle, convertie en mucus glaireux, demi-transparent, réduite à une extrême ténuité, et quelquefois entièrement détruite. Les vaisseaux sous-muqueux sont très-apparents, larges et vides. Lorsque la membrane est détruite, il n'existe pas de mucosités sur cet endroit. La couleur n'est pas toujours d'un blanc bleuâtre; elle peut être opaque, rose, grise, parsemée de tâches rougeâtres, noirâtres, etc. Cette lésion occupe de préférence le cardia et le pylore, le bas-fond de l'estomac; elle peut être répartie sur la totalité de ce viscère.

Le tissu sous-muqueux est en général sain, rarement plus dense; dans certains cas plus mou que dans l'état physiologique. M. Louis a vu la destruction de tous les tissus, excepté celle de la tunique péritonéale. L'œsophage, les autres intestins, présentent souvent des altérations notables.

Cette maladie a été regardée comme étant d'une nature particulière, et nullement une des formes de la gastrite chronique. D'autres auteurs, en plus grand nombre, la reconnaissent comme une variété de cette dernière affection; nous croyons devoir nous ranger à leur avis.

Cancer de l'estomac.

La dégénérescence cancéreuse de l'estomac est sans contredit l'une des plus fréquentes; c'est aussi la maladie que les jeunes médecins reconnaissent avec le plus de facilité. Cependant le diagnostic n'est pas sans difficulté, surtout dans le principe de cette affection. Les signes qu'elle présente alors sont tellement semblables à ceux de la gastrite chronique, qu'on a voulu en inférer que ce n'était que la même maladie; mais si l'on fait attention qu'affectant le même organe elle se développe avec la même lenteur, ne sera-t-on pas convaincu que cette ressemblance était nécessaire, inévitable, quoique la nature de l'affection ne fût pas la même? Attaquant les mêmes organes, le même dérangement fonctionnel n'était-il pas nécessaire? L'attaquant de la même manière, lentement, ce dérangement ne devait-il pas présenter le même mode de développement? Était-ce une raison suffisante pour conclure à l'identité de la nature de ces deux affections? Nous ne le pensons pas.

Les signes de la première période étant absolument les mêmes que ceux que nous avons exposés précédemment en traitant de la gastrite chronique, nous n'y reviendrons pas; ce n'est que dans une période plus avancée, après plusieurs intermittences successives, lorsque les accidents deviennent constants et se prononcent davantage, qu'on peut acquérir quelque certitude. C'est toujours dans les désordres fonctionnels locaux qu'il faut chercher les signes caractéristiques des maladies.

Les dérangements qui surviennent dans les fonctions digestives et dans le ventricule lui-même devront donc conduire à la connaissance de la maladie; douleur dans l'estomac, chaleur brûlante, âcreté, éructations acides, corrosives, fétides; vomissements de matières d'abord glaireuses, limpides, filantes, acides ou amères, à jeûn ou après les repas, et sans mélange d'aliments; ensuite des matières alimentaires, mais seulement celles d'une nature particulière, que l'estomac semble choisir pour rejeter; plus tard encore, vomissement de toutes les substances ingérées dans le ventricule, et même des boissons les plus douces; tuméfaction d'abord obscure, vague, de l'épigastre; enfin tumeur dure, adhérente, circonscrite, sensible à la pression, lancinante: vomissement de sang ou de matières noires, fuligineuses; constipation; enfin marasme, mort. Lorsque tous ces symptômes existent, il est difficile de méconnaître cette maladie, qui se présente d'ailleurs avec ces caractères dans la majorité des cas. On peut joindre à ces traits les phénomènes généraux des affections cancéreuses, la couleur paille de la peau, l'âge du malade, etc.; et cette somme de probabilités ne contribuera pas peu à faire reconnaître la maladie qui nous occupe.

Le cancer peut occuper le cardia, le pylore, un des points du corps de l'estomac, ou même sa totalité.

On peut fixer le siége de la maladie au cardia lorsque le malade éprouve de la gêne, de la douleur, au moment que le bol alimentaire arrive dans cette région et franchit cette ouverture; lorsque le vomissement arrive immédiatement après l'ingestion des aliments, et qu'il est accompagné d'une grande quantité de matières filantes et glaireuses; enfin lorsque la tumeur est située vers les fausses côtes gauches.

On pensera que le cancer affecte le pylore, lorsque la tumeur occupera l'hypocondre droit, que les vomissements se feront long-temps attendre,

que l'estomac se distendra beaucoup pendant la digestion.

Dans les cas où le cancer occupe le corps de l'estomac, c'est en général la petite courbure qui est le siége de la maladie. Il est difficile à reconnaître; mais que l'erreur est légère! Quand la totalité de l'estomac est envahie, il n'existe pas de vomissement; le ventricule est alors incompressible et incontractile.

D'après ce que nous venons de voir, la douleur, le vomissement et la tumeur forment, nous ne disons pas les signes pathognomoniques, mais les principaux caractères de cette maladie. Ces signes peuvent cependant exister, et la maladie n'exister pas, *et vice versâ*, c'est-à-dire les signes ne pas exister, et la maladie exister cependant.

Et d'abord la douleur appartient à toutes les maladies de l'estomac, et ne saurait être regardée comme un signe spécial de celle qui nous occupe; il en faut dire autant du vomissement; enfin la tumeur peut appartenir à une multitude de lésions diverses. L'engorgement du foie, de la rate, du pancréas, l'accumulation de matières fécales dans l'arc du colon, la dilatation anévrysmale de l'aorte, et autres tumeurs accidentelles, peuvent d'autant plus en imposer, que la plupart d'entre elles occasionnent du trouble dans les fonctions digestives.

En second lieu, la douleur peut ne pas exister; c'est ce qui arrive dans les cancers indolents, qui, comme on sait, ne sont pas rares. Le vomissement peut aussi n'avoir pas lieu: 1°, lorsque le pylore est libre; 2°, lorsqu'il est largement ulcéré; 3°, lorsque l'estomac est entièrement envahi par la désorganisation. La tumeur peut n'être pas sensible, ce qui est pour le diagnostic comme si elle n'existait pas: 1°, lorsque les fausses côtes et le sternum descendent fort bas et la recouvrent; 2°, lorsque le bord libre du foie est superposé; 3°, lorsque l'embonpoint est considérable; 4°, lorsque les muscles abdominaux se contractent, etc.

Malgré ces difficultés, il est cependant ordinaire d'arriver à un diagnostic précis, parce qu'il est rare qu'il s'en trouve un assez grand nombre pour masquer la maladie.

Lésions organiques. Quels que soient l'étendue de l'altération et le lieu qu'elle occupe, ses caractères physiques sont toujours les mêmes. Le point affecté est épaissi, endurci; en le divisant, il crie sous le scalpel; il est blanc, grisâtre, nacré, opalin, demi-transparent, opaque et jaunâtre. Les membranes qu'elle envahit ne conservent plus aucune trace d'organisation; le péritoine cependant reste sain jusqu'au dernier moment. La consistance de la tumeur est plus prononcée à la circonférence; elle diminue vers le centre, où le ramollissement présente l'aspect de l'encéphaloïde. Son épaisseur varie depuis deux ou trois lignes jusqu'à un pouce et plus. L'intérieur est souvent ulcéré; alors les bords en sont élevés, irréguliers; la surface de l'ulcération est mamelonnée, grise, noirâtre; elle exhale une odeur repoussante. L'intérieur de l'estomac est parsemé de végétations rouges, polypeuses. L'estomac est quelquefois rétréci; alors ses parois paraissent plus épaisses. Il est dans certains cas singulièrement distendu; ses membranes paraissent saines; enfin ses fibres musculeuses paraissent hypertrophiées, ce qui a fourni à M. Louis le sujet d'un mémoire publié dans la *Revue médicale*, en avril 1824. Ces différences dans l'état de l'estomac correspondent aux hypertrophies et aux anévrysmes du cœur, et sont produites, selon sa belle remarque de Corvisart, par des causes analogues, un obstacle au cours des matières sur lesquelles ces organes agissent.

Le cancer ne se borne pas toujours à l'estomac: il envahit les organes voisins, les englobe, pour ainsi dire, fait corps avec eux, et produit ainsi une tumeur énorme. Les glandes mésentériques s'engorgent, des tubercules se développent dans le foie, etc. Il survient aussi fréquemment, vers la fin de cette maladie, des inflammations dans les organes voisins, et surtout au péritoine.

Perforation de l'estomac, rupture.

L'observation a prouvé que l'estomac pouvait se déchirer, se rompre, et les matières alimentaires et autres qu'il contient s'épancher dans la civité péritonéale, dans celle des épiploons, dans la poitrine, dans un autre intestin, au-dehors, ou même ne pas s'épancher du tout, suivant que la perforation correspond au péritoine, à l'espace qui sépare les feuillets de l'épiploon; qu'elle communique dans la poitrine par le diaphragme, dans le colon ou un autre intestin; qu'elle adhère aux parois abdominales, ou que le foie, la rate, le pancréas, exactement appliqués sur l'ouverture, empêchent l'issue des matières.

Cette perforation est dans la plupart des cas la suite d'une ulcération; on croit pourtant qu'elle a pu avoir lieu sans inflammation préalable. La lésion anatomique ressemble quelquefois parfaitement à une perte de substance produite par un emporte-pièce. Dans la majorité des cas, il est facile de reconnaître une dégénérescence ancienne, souvent squirrheuse, etc.

Ses symptômes sont une douleur atroce survenant tout-à-coup à l'épigastre, une chaleur brûlante, insolite, qui se répand dans tout l'abdomen; le malade tombe, se replie sur lui-même, perd connaissance, fait de vains efforts de vomissement, ne rejette presque rien; sa face est altérée, profondément décomposée; le pouls dur, petit, fréquent; la peau froide; la respiration anxieuse, etc. Les douleurs continuent avec la même violence; le ventre se météorise; le malade a la conscience de sa destruction prochaine. Il succombe ordinairement au bout de quelques heures.

On conçoit que ces accidents doivent varier suivant les dispositions anatomiques que nous venons d'indiquer. Lorsque le malade ne meurt pas promptement, on voit apparaître tous les symptômes d'une violente péritonite. Dans ces derniers temps, le savant professeur Chaussier et M. Gérard ont fixé l'attention des médecins sur ce terrible accident.

Gastralgie, gastrodynie, cardialgie, etc.

Par une contradiction singulière, mais qui d'ailleurs ne doit pas surprendre les mêmes auteurs qui rejettent jusqu'à l'expression de névralgie, qui n'admettent que des inflammations des nerfs, reconnaissent des névroses de l'estomac, qu'ils désignent sous le nom de gastralgie, cardialgie, etc. Tandis qu'ils refusent de reconnaître qu'une douleur vive, subite, de peu de durée, qui se montre sur le trajet d'un nerf de la face ou des membres, n'est qu'une névralgie et point une névrite, ils confessent qu'une douleur de cette nature qui se manifeste dans l'estomac n'est point une gastrite chronique, et qu'ils n'y voient qu'une névrose de l'estomac! A la bonne heure, *et habemus confitentem reum.*

La gastralgie est caractérisée par une douleur

vive, lancinante, déchirante, parvenant presque tout-à-coup à son plus haut degré de violence, qui est souvent atroce, insupportable. Cette douleur, accompagnée ou non de vomissement, occupe la région épigastrique, et paraît correspondre à quelque point de l'estomac; elle n'augmente pas par la pression, et semble plutôt soulagée et calmée par elle; l'ingestion d'aliments pris en quantité considérable, et d'une nature indigeste, la fait cesser au lieu de l'exaspérer; la digestion est généralement prompte et facile; cette douleur peut durer plus ou moins long-temps, c'est-à-dire dix, quinze ou vingt ans, et plus, sans altérer en rien le reste de l'organisme; elle n'est que peu soulagée et jamais complètement guérie par les antiphlogistiques.

Dans la gastrite chronique, à laquelle on a voulu attribuer la gastralgie, les phénomènes présentent un caractère opposé, c'est-à-dire que la douleur est obscure, qu'elle arrive lentement, qu'elle augmente par une forte pression, par l'ingestion des aliments, lesquels se digèrent avec une peine extrême, et sont souvent rendus par le vomissement; que des phénomènes généraux sympathiques ne tardent pas à se manifester; que toutes les fonctions organiques languissent, et que l'individu meurt inévitablement dans l'épuisement et le marasme, etc. Ce sont là des différences capitales, fort bien exposées par M. Georget, et qui ne permettent pas de confondre ces deux maladies.

La gastralgie cesse aussi brusquement qu'elle apparaît; elle présente des retours fréquents, quelquefois fixes, périodiques. On observe quelques nuances dans les symptômes de cette affection. Certains malades éprouvent des besoins, qu'ils apaisent momentanément par l'ingestion d'aliments ou par des boissons excitantes; d'autres ressentent une chaleur brûlante, qui paraît remonter le long de l'œsophage; chez d'autres ce sont des pesanteurs, du gonflement à l'épigastre, etc.; enfin le pica, la dyspepsie, la boulimie, etc., accompagnent souvent la gastralgie. Cette maladie guérit quelquefois tout-à-coup; elle n'offre jamais de danger, et ne laisse aucune trace après elle (1).

Pyrosis.

Nous pensons que c'est à tort qu'on a décrit la pyrosis comme une simple névrose. Nous avons eu de fréquentes occasions de l'observer, et cela constamment dans des gastrites chroniques ou dans des cancers de l'estomac. Le principal symptôme, celui qui a fait donner son nom à la maladie, c'est le sentiment d'une chaleur brûlante, d'une véritable ustion qui a son siége dans l'estomac, et qui remonte souvent dans le trajet de l'œsophage. On remarque d'ailleurs les autres phénomènes qui annoncent le dérangement des fonctions du ventricule, et que nous avons indiqués précédemment.

Vomissement nerveux.

Nous avons démontré précédemment que le vomissement était un acte cérébral; il doit donc survenir fréquemment, sans altération sensible du ventricule.

J'ai vu un grand nombre de fois, et même récemment, sur plusieurs jeunes filles, une espèce de vomissement qu'on ne peut guère regarder que comme nerveux. Tous les jours ces jeunes filles vomissaient leurs aliments, leurs boissons, des matières glaireuses, etc.; il n'existait aucun signe local ou général d'inflammation, nulle douleur épigastrique, nulle tumeur, nulle chaleur; point de soif, de fréquence de pouls, point de changement de couleur à la langue, etc.: peau fraîche, couleur rosée naturelle des joues, appétit, embonpoint. Quoiqu'elles n'eussent aucun intérêt à tromper, je me défiai de quelque supercherie; je les mis à une diète sévère; mais pensant qu'elles pouvaient se procurer des aliments, j'ordonnai des moyens douloureux, des sangsues, des saignées, des vésicatoires: elles se laissèrent faire toutes ces applications sans murmurer. Parmi ces filles, l'une était aveugle depuis peu de temps, et tuberculeuse; je soupçonnai un ou plusieurs tubercules du cerveau; d'autres étaient aménorrhoïques, d'autres évidemment hystériques; chez toutes, l'estomac paraissait vomir par habitude.

On a décrit des vomissements nerveux sympathiques; il faut beaucoup se défier de ces histoires. On doit considérer comme nerveux les vomissements qui ont lieu par la vue ou le souvenir d'un objet dégoûtant, par le roulis d'un vaisseau, l'action de tourner sur soi-même, le mouvement de l'escarpolette, la titillation de la luette, etc.

Gastrorrhée, ou catarrhe stomacal.

Quelques auteurs pensent que la membrane muqueuse de l'estomac, comme celle des bronches, et même généralement comme toutes les membranes de la même nature, est susceptible d'exhaler une grande quantité de matières muqueuses blanches, filantes comme du blanc d'œuf, que les malades rejettent soit à jeun, soit après le repas, et cela sans mélange de matières alimentaires. Ces malades n'éprouvent aucun des signes de l'inflammation aiguë ou chronique de l'estomac. Il n'est pas impossible que les choses se passent quelquefois ainsi. Dans les maladies du cœur, par exemple, toutes les exhalations muqueuses peuvent être augmentées vers leur dernière période; mais nous croyons qu'en général ces exhalations sont des effets de l'inflammation chronique, du cancer commençant de l'estomac, ou symptomatiques d'une affection plus éloignée, et très-rarement idiopathiques.

Hémorrhagies gastriques, gastrorrhagie, hématémèse, mélæna.

Il nous reste peu de chose à exposer ici touchant ces hémorrhagies. Ce que nous avons dit de l'hématémèse dans un précédent chapitre, et des hémorrhagies en général dans celui-ci, doit suffire pour l'histoire de cette maladie.

Nous nous bornerons à dire qu'après avoir éprouvé un frisson plus ou moins violent, un sentiment de chaleur, de bouillonnement dans l'épigastre, la face devient pâle, jaunâtre; les extrémités se refroidissent; le malade perd quelquefois connaissance: tous phénomènes qui indiquent la concentration des forces vers un point de l'organisme, mais qui ne caractérisent pas l'hémorrhagie d'une manière positive. L'épigastre se tuméfie; une pesanteur s'y fait sentir; une saveur douceâtre, avant-coureur du vomissement, se manifeste dans la bouche; les nausées et les autres symptômes précurseurs du vomissement se déclarent, et bientôt le sang est rejeté

(1) On consultera avec avantage l'ouvrage que M. le docteur Barras vient de publier sur ce sujet, quoique ce médecin ait plutôt décrit l'hypocondrie que la gastralgie proprement dite.

par la bouche en quantité ordinairement considérable, sans toux préalable. Ce sang est en général noir, à cause de son séjour plus ou moins prolongé dans l'estomac, et peut-être aussi à cause de l'action chimique des substances que ce viscère contient. Il est souvent réuni en caillots fibrineux, plus fréquemment liquide. Il est mêle de matières alimentaires, de mucosités, de bile, etc. Il est dans certaines circonstances rejeté par l'anus; il peut sortir par les narines, s'introduire dans le larynx, et provoquer la toux, etc. L'hématémèse peut être unique, multiple, périodique. Ses terminaisons sont variables, suivant l'altération organique qui la produit.

En effet, le vomissement de sang est, ainsi que nous l'avons dit souvent, et que nous devons le dire pour toutes les hémorrhagies, presque toujours un simple symptôme. L'hématémèse la plus ordinaire est celle qui survient dans les cancers ulcérés; j'ai eu occasion de reconnaître dans ce cas l'orifice béant de l'artère qui l'avait produite. Elle peut dépendre de l'ulcération qui suit la chute des escarres gangréneuses; elle peut être consécutive à une affection du cœur : c'est encore un des cas les plus communs. Elle peut arriver dans le troisième degré du scorbut; elle peut être supplémentaire des règles ou d'une autre hémorrhagie, etc. Tous ces cas sont faciles à distinguer par les signes qui leur sont propres; mais l'on conçoit que la marche de l'hématémèse, sa durée et sa terminaison ne sauraient être les mêmes dans tous ces cas; que dans tous, par conséquent, le pronostic et le traitement ne sauraient être les mêmes, ainsi que les phénomènes généraux, qui doivent varier suivant les circonstances que nous venons d'exposer.

Ce qu'il importe le plus d'établir ici, c'est la différence du vomissement de sang d'avec l'hémoptysie : or, dans l'hématémèse, la douleur, le bouillonnement, la pesanteur, se font sentir dans l'épigastre; le malade ne tousse pas, n'éprouve aucun accident vers le thorax; le sang est abondant, noir, non écumeux, mêlé à des matières alimentaires. Dans l'hémoptysie, la chaleur, le bouillonnement, se font sentir dans le thorax, sous le sternum en général; il existe de la toux, des accidents thoraciques; le sang est rouge, vermeil, écumeux; il ne contient point de matières alimentaires : voilà pour les cas les plus simples. Mais le diagnostic peut être rendu difficile par quelques circonstances : ainsi l'hématémèse peut arriver sur un individu qui est affecté de quelque maladie des organes respiratoires, qui tousse ordinairement; le sang, en s'introduisant dans le larynx, peut provoquer la toux; il peut être écumeux, et ne pas contenir de matières alimentaires; enfin celui qui vient des bronches ou des poumons peut, en titillant la luette, provoquer en même temps le vomissement, etc. On sent que, dans tous ces cas, le diagnostic doit présenter beaucoup de difficultés; mais il reste, en général, un assez grand nombre de signes pour prononcer avec certitude; il est rare que plusieurs causes d'erreur se trouvent réunies au point d'en imposer au médecin attentif.

Duodénite.

Nous pensons que multiplier les divisions auxquelles d'ailleurs la nature s'astreint fort peu, c'est embarrasser l'art de difficultés superflues : aussi ne ferons-nous pas de description particulière de la duodénite. On a prétendu que le gonflement inflammatoire de la membrane muqueuse pouvait rétrécir, oblitérer le conduit cholédoque, empêcher l'épanchement de la bile dans le duodénum, donner lieu à l'ictère, à la blancheur des matières alvines, etc. L'anatomie pathologique n'a pas encore confirmé cette hypothèse ingénieuse.

Entérite.

L'inflammation des petits intestins peut exister indépendamment de celle de l'estomac et du colon. Tout porte à croire que cette phlegmasie est souvent spécifique, et même que cette spécificité n'est pas unique; que, comme cela a lieu pour la peau, la membrane muqueuse intestinale peut être le siége d'une très-grande variété de phlegmasies, qu'on peut reconnaître à des caractères anatomiques constants; ce qui explique très-bien pourquoi le traitement antiphlogistique simple ne suffit pas toujours pour guérir, et ce qui doit conduire par des recherches ultérieures à la découverte des moyens véritablement efficaces. Déjà l'analogie de structure et de fonctions entre la peau et la membrane muqueuse, l'insuccès du traitement antiphlogistique dans une multitude des cas, le succès des méthodes opposées, etc., m'avait fait reconnaître des maladies spécifiques. Au commencement de cet ouvrage, prenant pour exemple les maladies de la peau qui tombent sous les sens, j'avais établi leur nature spécifique contestée dans ces derniers temps, et j'avais avancé que « les affections cutanées, ainsi que beaucoup d'autres, reconnaissaient une spécificité incontestable. » M. Bretonneau, pénétré des mêmes principes, travaillait alors à ses recherches sur la diphtérite et sur la dothinentérite, par lesquelles il prouve la vérité de ces assertions. En effet, si la peau peut être le siége de phlegmasies spécifiques, pourquoi les membranes muqueuses seraient-elles à l'abri de semblables affections?

Entérite simple.

On a distingué plusieurs variétés d'entérites simples, mais ces variétés ne sont à proprement parler que des degrés de la même maladie. On a admis une entérite superficielle, érythémateuse, ou diarrhée; une entérite plus profonde qui s'étend jusqu'à la membrane musculeuse ou dyssenterie; enfin une entérite phlegmoneuse, occupant toutes les membranes, y compris la membrane péritonéale. On aurait pu tout aussi bien distinguer l'entérite suivant l'espace intestinal qu'elle affecte. Nous pensons qu'il suffit de distinguer cette phlegmasie en légère ou profonde.

Lorsque l'entérite est légère, elle peut arriver sans phénomènes précurseurs. Le malade éprouve une douleur profonde et obscure dans la région iliaque droite; cette douleur s'étend jusqu'à l'ombilic, et quelquefois irradie dans tout l'abdomen. Celui-ci augmente de volume; des borborygmes se font entendre; enfin, bien qu'on ait avancé que dans cette inflammation il n'y avait pas de diarrhée, cependant, après quelque temps de constipation, il survient en général du dévoiement, quoique cet accident ne soit pas un signe nécessaire de l'entérite, et qu'il puisse avoir lieu sans inflammation préalable. Les matières alvines sont liquides, muqueuses, quelquefois écumeuses, jaunes, verdâtres, fétides, plus ou moins abondantes. Le nombre de selles varie singulièrement : elles peuvent être d'une très-grande fréquence, moins cependant que dans une variété plus intense. Il est bien rare que l'estomac

ne participe pas à l'état des autres intestins, et le trouble de ses fonctions manifeste cette participation.

A ce degré les phénomènes généraux sont peu prononcés : la langue est à peine rouge, sale vers la base ; la soif est peu vive, l'appetit est diminué. Dans certains cas les malades continuent à prendre des aliments; ils perpétuent leur maladie par cette imprudence, ou lui font prendre un plus haut degré d'intensité. Lorsqu'ils ne commettent aucun écart de régime, et que les causes ont cessé d'agir, cette maladie se termine par résolution. Sa marche est continue, sa durée est ordinairement courte.

Mais il s'en faut que l'entérite soit toujours légère. Lorsqu'elle occupe une grande portion du canal alimentaire, ou qu'elle attaque fortement et profondément les membranes des intestins, elle s'annonce ordinairement par des phénomènes précurseurs. Les frissons entremêlés de chaleur, les lassitudes spontanées, les douleurs des membres, les syncopes, etc., précèdent cette variété de l'entérite. La douleur, qui a d'ailleurs le même siége, est moins obscure, moins profonde ; elle est plus vive, elle augmente par la pression, elle est accompagnée d'une chaleur brûlante ; une tumeur, ou plutôt une tuméfaction vague, se fait sentir dans la région douloureuse ; les intestins, comme agglomérés, paraissent se réunir entre eux ; dans certains cas on peut les circonscrire, et reconnaitre une tumeur du volume des deux poings ; mais cette tumeur est rénitente, elle n'est pas réellement dure. Bientôt le volume du ventre augmente ; on ne sent plus la tumeur ; la douleur s'étend, sans rien perdre de son intensité. En même temps des déjections de matières muqueuses, bilieuses, écumeuses, sanguinolentes, sont rendues par les selles, et avec douleurs, causées par la compression des muscles abdominaux, mais sans épreintes. Il existe dans certains cas une constipation invincible ; on observe aussi des nausées, des vomissements des matières bilieuses, muqueuses, et quelquefois ces vomissements sont douloureux. La langue est rouge sur sa pointe, blanche ou sale vers la base ; la soif est vive, la peau chaude, l'urine peu abondante et rouge ; la respiration est fréquente et gênée, elle s'opère ordinairement par les côtes, l'abaissement du diaphragme augmentant beaucoup la douleur ; le pouls est en général petit et fréquent.

Cette inflammation peut se terminer par résolution ou par la mort. Dans le premier cas, au bout de douze, quinze ou vingt jours, les symptômes diminuent graduellement d'intensité, et tout reprend le type normal.

Dans le deuxième cas, la douleur cesse quelque temps avant la mort, mais la figure pâlit, s'altère, se décompose. Le collapsus se peint sur les traits de la face ; la peau devient froide, ou se couvre d'une sueur visqueuse ; le malade perd connaissance, ou tombe dans le délire ; il rend sans en avoir la consience les urines et les matières fécales, et meurt.

L'intestin présente à quelques nuances près les mêmes altérations que nous avons décrites en parlant des traces que la gastrite laisse après elle.

Il est encore un degré plus violent de l'entérite, caractérisé par l'exaspération de tous les phénomènes fonctionnels, et par l'inflammation de toutes les tuniques intestinales, jusques et y compris le péritoine. Dans ce cas la douleur est intolérable ; le malade se couche sur le ventre, se replie, se roule, s'agite, change à chaque instant de position. L'abdomen paraît se rétracter ; il est dur, retiré vers la colonne vertébrale. Le malade est quelquefois sur son séant, la tête penchée en avant, pour vomir avec plus de facilité. Les selles sont suspendues, ou bien les matières sont sanglantes, écumeuses ; leur excrétion est douloureuse ; dans quelques circonstances le ventre se tuméfie avec une extrême rapidité ; il est tendu, ballonné, douloureux à la pression et par l'inspiration. Des efforts réitérés de vomissements fatiguent le malade, ainsi que des hoquets fréquemment répétés.

La face est altérée profondément, et décèle une maladie grave : elle exprime la crainte, la terreur d'une fin prochaine ; la peau est souvent pâle et froide, excepté sur la partie correspondante à l'organe affecté ; le pouls est petit, concentré, fréquent.

Lorsque cette espèce d'entérite est occasionnée par un étranglement intérieur, on doit ajouter à ces symptômes les vomissements de matières fécales et la suppression des selles.

Cette inflammation se termine le plus ordinairement d'une manière funeste. Le terme fatal arrive au bout d'un temps plus ou moins rapide, suivant l'intensité de l'affection et la cause qui l'a produite.

Après la mort, les intestins sont ordinairement agglomérés, réunis, adhérents, couverts de concrétions pseudo-membraneuses rouges, violacés, distendus par des gaz. La membrane interne est ordinairement d'un rouge intense, épaissie, couverte de mucosités sanguinolentes ; elle offre des taches grises, noirâtres, évidemment gangréneuses, etc., enfin tous les désordres organiques déjà signalés.

L'entérite est susceptible de passer à l'état chronique. Les phénomènes morbides auxquels elle donne lieu offrent la plus grande analogie avec ceux que nous venons de décrire ; mais comme cela a lieu pour toutes les phlegmasies chroniques, ces symptômes sont beaucoup moins intenses. L'entérite chronique succède bien souvent à l'entérite légère qu'à l'entérite phlegmoneuse ; quelquefois elle prend le caractère chronique, sans période d'acuité. La douleur abdominale est plus sourde, plus profonde ; elle n'augmente que par une pression un peu forte. Il existe des borborygmes, des tiraillements, de la distension dans l'abdomen, principalement quelques heures après les repas. Les selles sont rares, ou au contraire fréquentes et liquides, mais non sanguinolentes, non purulentes, mais bilieuses, formées d'aliments non digérés. Les parois de l'abdomen se rétractent lorsqu'elles ne sont pas distendues par des gaz. La peau devient sèche, rude, écailleuse, pulvérulente ; la face est terne et sale ; la soif assez vive ; l'amaigrissement lent, mais sensible ; la faiblesse augmente de jour en jour. Le malade peut succomber dans le marasme, ou revenir à la santé au bout d'un temps illimité.

Nous pensons avec quelques auteurs modernes que l'entérite chronique produit consécutivement, dans certaines circonstances, l'engorgement des ganglions mésentériques ; mais nous ne pensons pas que cette inflammation soit toujours la cause des tubercules mésentériques désignés sous le nom trivial de *carreau*.

Nous pensons que, dans ce dernier cas, une disposition particulière est nécessaire à la production de cette maladie, et qu'une inflammation préalable n'est pas toujours indispensable à son développement. Nous consacrerons à cette affection un article séparé.

On a aussi pensé que les fièvres lentes étaient le résultat de l'entérite chronique. Nous partageons entièrement cette opinion ; mais nous devons ajouter que ces fièvres lentes, que nous croyons toujours symptomatiques, n'accompagnent pas exclu-

sivement l'entérite chronique, mais la plupart des phlegmasies qui présentent ce caractère, quel que soit l'organe affecté.

Les *altérations organiques* que l'on trouve après la mort sont la rougeur plus ou moins vive, violacée, brune, de la membrane muqueuse; son épaississement, le rétrécissement du conduit alimentaire, quelquefois l'amincissement de ses parois, et plus fréquemment leur ulcération. Les ulcères occupent ordinairement la fin de l'iléon; leurs bords sont perpendiculaires; la membrane musculaire est détruite, le péritoine en forme le fond, et cette membrane se rompt assez souvent.

Entérite avec éruption furonculeuse, ou dothinentérite.

On convient assez généralement aujourd'hui que la dothinentérie n'est autre chose que la maladie désignée sous les noms de *typhus*, *fièvre ataxique*, *adynamique*, *fièvre d'hôpital*, *fièvre putride*, *fièvre maligne*, etc. Les recherches de notre collègue le docteur Louis ont mis cette vérité hors de toute contestation. Ses importants travaux ont jeté sur cette affection la plus vive lumière. Toutefois, depuis leur publication, notre ami le docteur Gendron, du Château-du-Loir, a enrichi la science d'un Mémoire intéressant sur cette maladie. M. Bretonneau, de Tours, auquel est dû le mérite d'avoir éveillé l'attention des médecins sur ce sujet, a lui-même fait à l'Académie royale de médecine des lectures sur cette matière, et un grand nombre d'autres médecins s'en sont occupés avec plus ou moins de succès. Le point qu'ils se sont proposé de résoudre est celui de la contagion : les avis sont encore partagés sur cette grave question.

Nous avons dit que l'entérite offrait quelquefois un caractère de spécificité. Il est très-vraisemblable que les entérites qui se déclarent pendant la scarlatine, la rougeole, la variole et autres phlegmasies spécifiques, portent le même caractère que ces inflammations; mais indépendamment de ces entérites, il en est une qui a fixé l'attention de M. le docteur Bretonneau, qui a promis de faire bientôt connaître le résultat de ses observations. M. Trousseau, l'un de ses élèves, en a donné quelques exemples dans les *Archives de médecine*.

Le siége de cette inflammation semble être exclusivement dans les glandes de Peyer et de Brunner, que l'on rencontre dans le jéjunum, l'iléon et le gros intestin. L'aspect que ces parties présentent a été décrit jour par jour par M. Trousseau, en commençant par le cinquième jour, M. Bretonneau n'ayant pas eu occasion de faire d'ouvertures avant cette époque. Les glandes dont nous venons de parler augmentent successivement de volume jusqu'au septième jour, époque à laquelle toutes celles qui doivent être affectées sont tuméfiées. Les ganglions mésentériques ont alors la grosseur d'un œuf de moineau, et sont rosés à l'intérieur. Le volume des glandes s'accroît de jour en jour; au dixième, la surface des glandes de Peyer est bosselée, rugueuse; le tissu ou la masse folliculaire est rouge, épais, carnifié. Les glandes de Brunner offrent le même aspect : les unes se résolvent, et les autres augmentent. Les ganglions mésentériques commencent à diminuer de volume. Les jours suivants, la tuméfaction augmente encore; on aperçoit des espèces de fongosités coniques, rouges, légèrement ulcérées à leur sommet; les ganglions diminuent de volume, deviennent mous et violacés. Au quatorzième jour, la tuméfaction est plus grande encore; la base des tubercules s'élargit; leur sommet est teint de bile, d'une couleur jaune, safranée, que nous avons déjà notée comme le signe d'une haute inflammation. Le centre des fongosités est converti en escarre gangréneuse, imbibée de bile. Le quinzième jour ce bourbillon se détache, et l'on voit une large et profonde ulcération, dont les bords se renversent; le bourbillon tient encore par sa base : une aréole inflammatoire entoure la partie ulcérée. Le lendemain l'escarre tombe complètement, et laisse voir la membrane musculeuse, laquelle est quelquefois détruite ainsi que la péritonéale, ce qui produit des perforations très-communes. Les ganglions mésentériques sont très-mous et violacés. Les vaisseaux mésentériques peuvent être rompus, et donner lieu à des hémorrhagies mortelles. Toutes les glandes engorgées ne parviennent pas à la suppuration et à la gangrène; un grand nombre se terminent par une résolution plus ou moins lente. Vers le dix-huitième jour les bords de l'ulcération s'affaissent; l'ulcère est par conséquent moins profond. Au vingt-unième jour, les glandes de Peyer ont presque repris leur volume; elles sont encore molles et rouges, les ulcérations s'effacent, le cercle inflammatoire a disparu. Au vingt-cinquième jour les glandes de Peyer et de Brunner sont entièrement affaissées; on les distingue encore par leur couleur rosée, grisâtre, ou par des cicatrices récentes. Les ganglions ont pris leur volume naturel, mais quelques-uns ont suppuré; ils contiennent une matière semblable à du pus mêlé de sang. Du trentième au quarantième jour, les ulcérations disparaissent complètement; il est rare qu'il en subsiste encore passé cette époque. Le lieu que l'éruption occupe de préférence est la fin de l'iléon et le commencement du cœcum. Les perforations n'ont jamais lieu qu'au centre d'un crypte de Brunner ou d'une glande de Peyer ulcérés. L'estomac, le duodénum, le jéjunum, le colon, ne sont presque jamais affectés de cette éruption.

Dans le plus grand nombre des cas, l'éruption, parvenue au dixième jour, se termine par résolution, et va en diminuant jusqu'au quatorzième, époque à laquelle les glandes sont encore légèrement tuméfiées, rougeâtres et comme réticulées. Au vingtième jour, il ne reste presque plus aucune trace de la phlegmasie.

L'éruption que nous venons de décrire est la seule altération *constante* dans les maladies typhoïdes; toutefois elle n'est pas la seule, on en rencontre beaucoup d'autres plus ou moins fréquentes. La plupart des organes peuvent, en effet, présenter des lésions remarquables dans ces maladies; mais comme il arrive souvent que ces lésions manquent, tandis que l'éruption ne manque jamais, on a regardé avec raison celle-ci comme le phénomène caractéristique des typhus. Ainsi on a trouvé des fausses membranes dans le pharynx, l'infiltration purulente de son tissu sous-muqueux; l'œsophage ulcéré, la membrane muqueuse de l'estomac ramollie, amincie, ulcérée, mamelonnée, avec ou sans changement de couleur; l'intestin grêle météorisé, sa membrane muqueuse blanche ou rouge, quelquefois ramollie; le colon météorisé, épaissi; sa membrane interne rouge, grisâtre, épaissie, ramollie, parsemée de cryptes lenticulaires; les glandes mésentériques, rouges, épaisses, ramollies; la rate, ordinairement épaissie, ramollie, et considérablement augmentée de volume; le foie plus ou moins volumineux et mou, pâle, décoloré; la bile abondante, claire, roussâtre; la vésicule quelquefois contenant du pus; sa membrane interne

rouge; les reins ramollis et augmentés de volume; le cœur souvent ramolli, rouge, livide, facile à déchirer, contenant un sang liquide, noirâtre, quelquefois mêlé d'air; l'aorte rouge, comme teinte; sa membrane interne, molle et épaisse. L'épiglotte, le larynx, les poumons présentent aussi des altérations analogues; on y trouve de l'infiltration, des fausses membranes, de la splénisation, de l'hépatisation; les plèvres contiennent une sérosité sanguinolente; l'arachnoïde est couverte de fausses membranes; la substance corticale du cerveau est injectée et rosée, ainsi que la substance médullaire; l'une et l'autre sont ramollies; le cervelet offre les mêmes lésions; enfin, la peau présente des traces d'érysipèles phlegmoneux, des escarres, des ulcérations, soit à la place qu'occupaient des vésicatoires, soit sur les lieux comprimés par la position des malades.

Les signes fonctionnels caractéristiques de cette affection sont loin d'être aussi positifs, aussi bien déterminés que ces lésions organiques. D'après les observations que nous avons citées, ce sont les mêmes symptômes qu'on attribuait autrefois aux fièvres muqueuses, adynamiques et ataxiques, suivant que cette entérite est légère ou grave; mais je pense que, lorsqu'elle donne lieu à des symptômes *ataxiques*, c'est que le cerveau est affecté d'une manière consécutive, sympathique, etc.

Ce qui a dû en imposer autrefois sur cette affection, et la faire prendre pour une maladie essentielle, générale, etc., c'est que les phénomènes locaux sont souvent peu prononcés; les malades ressentent quelques coliques vagues, qu'ils accusent à peine.

Lorsque la maladie est légère, le malade éprouve ordinairement, dans le principe, des alternatives de frisson et de chaleur, de l'*inappétence* et de la *constipation*, et souvent *nulle douleur ne se fait sentir dans l'abdomen*, même à la pression; la langue est humide, rouge à sa pointe, sale et chargée à sa base; le pouls est distinct, légèrement fréquent; la respiration libre, la peau halitueuse, la coloration naturelle, les yeux brillans, les pupilles dilatées. Ces symptômes, assez vagues, augmentent pendant quelques jours, après quoi ils diminuent et disparaissent.

Ce sont là les cas les plus légers. On voit qu'ils offrent peu de signes caractéristiques : la constipation, l'anorexie, l'état de la langue, avec les signes négatifs des autres maladies, constituent les seules probabilités de l'existence de l'entérite pustuleuse. A ces symptômes se joignent quelquefois de la soif, de la toux, un léger mal de gorge, quelques douleurs en urinant, ce qui achève la ressemblance avec la fièvre muqueuse légère.

Dans les cas plus graves, après un prodrôme plus prononcé, un dérangement notable dans les fonctions digestives, de la *diarrhée*, des coliques, un appareil fébrile bien caractérisé, etc., phénomènes qu'on pourrait déjà regarder comme le commencement de la maladie; le malade éprouve des douleurs vagues dans l'abdomen, principalement vers la fosse iliaque droite, augmentant par la pression; un devoiement assez abondant et opiniâtre; le ventre se météorise; la langue est sale à sa base, rouge à sa pointe; la soif assez vive; il existe une toux assez grasse; l'expectoration est rare, peu abondante; le pouls est onduleux; il survient fréquemment des épistaxis; la face est pâle, altérée, porte l'empreinte de la douleur; les yeux sont ternes; au bout de quelques jours, stupeur, prostration très-prononcée, décubitus sur le dos.

La face s'altère de plus en plus; les yeux sont ternes, chassieux, pulvérulents; les sourcils sont rapprochés; le malade tombe dans une espèce de somnolence; la peau est sèche, écailleuse, et souvent recouverte de taches roses lenticulaires, de sudamina. Des escarres se manifestent au sacrum; la plaie des vésicatoires s'ulcère, se gangrène; la faiblesse est telle que le mal peut à peine se mouvoir; pouls petit, irrégulier, vacillant; respiration à peine sensible : après des alternatives de mieux et de pire, le malade succombe souvent d'une manière inopinée. Ces caractères approchent beaucoup cette maladie de la fièvre adynamique et du typhus.

Les symptômes peuvent encore varier. Le malade peut éprouver de l'agitation, de la soif, avoir les yeux brillants, étonnés, du délire, etc.; des soubresauts des tendons, de la carphologie; la langue peut être nette et sèche, ou brune et noire. Cet état d'excitation, qui doit faire reconnaître que le cerveau participe à l'affection abdominale, est remplacé par la prostration et la stupeur; la somnolence succède à l'insomnie.

Lorsque l'affection est légère, c'est ordinairement vers le deuxième septenaire que la convalescence se prononce; ce n'est qu'à la fin du troisième, du quatrième, et même plus tard, qu'elle arrive dans les cas graves. Cette maladie se termine aussi fréquemment par la mort, ce qui a lieu à des époques indéterminées.

Perforation des intestins.

M. Louis a fixé l'attention des médecins sur l'accident grave dont nous parlons. Il résulte de ses observations « que si dans une maladie aiguë et dans des circonstances inattendues il survenait tout-à-coup une violente douleur de ventre, si cette *douleur était exaspérée par la pression*, accompagnée de la prompte décomposition des traits, et plus ou moins promptement de nausées et de vomissements, on devrait croire à l'existence d'une perforation de l'intestin. » L'exaspération de la douleur par la pression est un caractère d'une haute importance, sans lequel il est impossible de reconnaître cet accident et de prononcer avec certitude sur son existence. Cette douleur doit aussi s'étendre avec promptitude dans tout l'abdomen; elle diminue quelquefois au point d'ôter aux malades toute espèce de crainte; mais le médecin ne doit pas partager cette sécurité tant que les traits de la face restent grippés. Les nausées, les vomissements continuent; la figure est pâle ou violacée; les malades éprouvent un frisson continuel qu'ils ne peuvent faire cesser. Le point de départ de la douleur, vers la région du cœcum, pourrait ajouter encore une certaine probabilité au diagnostic de cet accident. Quelques-uns de ces symptômes peuvent manquer, ce qui rend ce diagnostic très-obscur. La maladie dure depuis vingt jusqu'à cinquante-quatre heures; mais quelquefois elle se prolonge plus longtemps, ce qui est rare.

C'est principalement vers les douze derniers pouces de l'iléon que la perforation arrive. Elle est unique ou multiple; elle a constamment lieu au centre d'une ulcération. En observant la membrane muqueuse du duodénum au cœcum, on aperçoit des plaques ovalaires plus ou moins saillantes, des ulcérations plus ou moins larges et profondes, perforées ou imperforées. Les plaques sont formées par la tunique muqueuse, ou par la réunion des cryptes muqueux; elles ont une demi-ligne

d'épaisseur ; elles sont d'une couleur grisâtre, tachetées de bleu. Le tissu sous-muqueux et même la tunique musculeuse sont quelquefois altérés. On remarque sur ces plaques tous les degrés de l'ulcération. Les bords de l'ulcère sont tranchés, coupés net, comme par un emporte-pièce. On n'y trouve jamais ni l'odeur ni l'aspect grangréneux, ce qui fait penser que ces ulcérations sont produites par l'absorption; mais cette altération paraît être presque toujours consécutive à l'inflammation de la membrane muqueuse, et principalement à celle des glandes de Peyer.

On trouve d'ailleurs en même temps les vestiges de la péritonite produite par l'épanchement des matières contenues dans l'intestin grêle. Le péritoine est d'un rouge plus foncé que dans les inflammations ordinaires. On peut en général le détacher avec facilité, et le liquide qu'il contient n'est pas seulement séroso-purulent, mais il est mêlé avec une certaine quantité de matières intestinales, alimentaires, médicamenteuses ou autres. On doit considérer cet accident comme un phénomène de la maladie précédente.

Cancer des intestins.

L'expression fonctionnelle du cancer des intestins ne diffère que peu de celle de l'entérite chronique; et cela doit être, puisque le même organe est malade, et que la marche de la maladie est la même. Cependant les renvois sont plus fétides, les selles offrent une odeur repoussante; vers un point de l'abdomen on aperçoit une tumeur dure, fixe, douloureuse à la pression, lancinante, non pulsative; les phénomènes généraux de la diathèse cancéreuse se manifestent, et ces caractères ne permettent pas de méconnaître le cancer des intestins. Les altérations organiques qu'on rencontre sont tout-à-fait analogues à celles que nous avons déjà décrites.

Le commencement de cette maladie est souvent obscur, insensible même pour le malade : des digestions pénibles semblent seules l'annoncer; on n'observe aucun des symptômes qui accompagnent les phlegmasies. Les progrès de cette affection sont lents et gradués; ce n'est qu'au bout d'un temps quelquefois considérable qu'on peut reconnaître cette terrible maladie.

Étranglement des intestins.

Les étranglements des intestins sont rares : j'en ai cependant observé plusieurs. Leurs signes sont ceux des entérites les plus violentes, auxquels on doit ajouter le vomissement des matières fécales, et la suppression complète des selles; enfin tous les signes des hernies étranglées.

Leurs caractères organiques sont très-variables; ce sont presque toujours des adhérences péritonéales qui leur donnent lieu de mille manières différentes. J'ai vu le corps frangé de l'ovaire droit contracter des adhérences avec le rectum, la masse intestinale passer dans l'espace compris entre cette bride et le sacrum, remonter par la partie antérieure, c'est-à-dire par l'espace compris entre le pubis et cette même bride, retomber encore dans le premier espace, et se trouver ainsi comprise dans une espèce de nœud coulant. J'ai vu un fait tout-à-fait analogue produit par l'adhérence de l'extrémité libre de l'appendice vermiculaire du cœcum; cette espèce de lien comprenait une portion de la masse intestinale qui s'était repliée deux fois sur elle. Des sacs herniaires, réduits avec le paquet des intestins, peuvent causer les accidents de l'étranglement. On prétend que l'invagination d'une portion d'intestin peut occasionner des accidents semblables, et souvent même la mort. Des ouvertures nombreuses d'individus mort de maladies du cœur, des poumons ou du cerveau, m'ont prouvé que cette disposition existait dans un très-grand nombre de cas sans déterminer la plus légère altération fonctionnelle.

Le resserrement des intestins, produit par l'inflammation chronique de leurs parois, par leur dégénérescence squirrheuse, etc., donne lieu aussi à des phénomènes fonctionnels analogues à ceux de l'étranglement, mais ne peut être regardé cependant comme identique. On peut reconnaître la cause organique de ces désordres fonctionnels aux signes qui caractérisent les inflammations chroniques, les cancers, etc.

Lorsque les intestins ont été étranglés, ils présentent l'aspect que nous avons décrit en parlant de l'entérite violente; ils sont ordinairement distendus au-dessus de l'étranglement, et plus rouges, plus violacés; cette couleur cesse ordinairement un peu au-dessous de l'obstacle.

Dyssenterie, colite.

C'est avec raison, selon nous, qu'on a réuni ces deux affections. La dyssenterie nous paraît bien être une inflammation des gros intestins, inflammation qui s'étend quelquefois aux intestins grêles, et même jusqu'à l'estomac; mais nous ne croyons pas que la dyssenterie soit toujours une inflammation simple : nous pensons au contraire que dans bien des cas elle est d'une nature spécifique; qu'elle est susceptible de se transmettre par contagion, et que son traitement doit être modifié et ne pas consister exclusivement dans les moyens antiphlogistiques. Nous avons admis des angines spécifiques, des entérites spécifiques : nous ne voyons pas pour quelle raison on rejetterait la colite spécifique, lorsque tous les faits concourent à prouver que cette affection peut se transmettre par contagion, et que tous les bons observateurs fourmillent d'exemples qui prouvent que le traitement antiphlogistique a été infructueux, et que des traitements empiriques ont ont obtenu les plus grands succès.

Colite simple.

Elle s'annonce par des douleurs d'abord sourdes, profondes, irrégulières, peu prononcées, dans l'arc du colon, entre l'ombilic et l'épigastre; ces douleurs descendent jusque vers le rectum, la pression semble les soulager. Bientôt des envies d'aller à la garde-robe, précédées de borborygmes, se manifestent; le malade peut d'abord les satisfaire, et l'évacuation abondante de matières fécales naturelles le soulage considérablement; mais ce soulagement n'est que momentané : bientôt de nouvelles envies se déclarent, et sont suivies de l'expulsion de matières liquides, âcres, fétides, qui produisent un sentiment d'ardeur et de cuisson au rectum. Ces matières cessent de contenir des résidus alimentaires; elles sont simplement muqueuses, bilieuses, écumeuses, sanguinolentes. Les envies d'aller à la selle se répètent à chaque instant, et sont suivies de tentatives vaines; quelquefois les malades excrètent des espèces de fausses membranes. La bile, le mucus, le sang pur ou mêlé à ces matières, continuent à être excrétés pendant un temps plus ou moins long, et finissent par être remplacés par une matière pultacée, grisâtre, puriforme. Il n'est pas

rare de voir la constipation succéder à ces accidents; le malade ne rend plus que des matières très-dures, enveloppées de mucosités, teintes de sang. Lorsque cette maladie se termine par résolution, tous les phénomènes diminuent graduellement d'intensité : dans le cas contraire, les coliques, les épreintes, le ténesme, persistent; les traits de la face s'altèrent profondément; le malade tombe dans un collapsus, une prostration extrême des forces, et meurt.

Cette affection est ordinairement annoncée par les phénomènes précurseurs des phlegmasies; elle est aussi accompagnée des mêmes phénomènes généraux : cependant on l'observe fréquemment sans appareil fébrile, et dans certains cas le pouls est petit, concentré, fréquent.

La durée et la marche de la dyssenterie simple, sporadique, n'ont rien de fixe et de déterminé; elle ne se prolonge guère au-delà du troisième septenaire. Après la mort on trouve dans le gros intestin des altérations analogues à celles que nous avons décrites, c'est-à-dire rougeur, tuméfaction de la membrane muqueuse; exsudation puriforme; ulcération qui s'étend quelquefois jusqu'au péritoine; épaississement des membranes; rétrécissement de l'intestin, ou au contraire amincissement et dilatation, plaques gangréneuses, etc.

Colite spécifique.

C'est principalement à cette affection que convient la description que les auteurs nous ont donnée de la dyssenterie : elle paraît occasionnée par infection, et pouvoir se transmettre par contagion. Jusqu'ici les ouvertures de corps n'ont pas encore reconnu de différences anatomiques dans le siége de cette maladie; mais il est possible, il est même vraisemblable que, comme la dothinentérite, elle affecte quelque partie d'une manière spéciale : c'est ce que démontreront sans doute des observations ultérieures.

Quoi qu'il en soit, dans cette affection, les symptômes précédents sont portés à un bien plus haut degré d'intensité : douleurs intolérables; envies non interrompues d'aller à la garde-robe; selles liquides, séreuses, sanglantes, purulentes, noires d'une insupportable fétidité; accablement physique et moral; pouls petit, insensible; soif vive; peau sèche, aride; face altérée, terreuse; hoquet; pouls misérable; météorisme du ventre; froid général; insensibilité; mort.

Il ne faut pas croire que la colite soit bornée au colon, elle envahit bien souvent les autres portions des intestins; elle peut s'étendre jusqu'à l'estomac. En général les trois membranes s'enflamment dans cette dernière espèce de phlegmasie. Bien plus, l'inflammation peut se propager à tous les viscères abdominaux, au foie, à la rate, aux reins, à la vessie, etc., et même à tous les organes de l'économie animale, aux poumons, au larynx, au pharynx, au cœur, et principalement au cerveau et à ses enveloppes. De là cette multitude de symptômes qu'elle peut offrir dans une épidémie; de là ces espèces, ces variétés sans fin, ces innombrables complications admises par les auteurs, et qui, chez les monographes, rendent cette maladie si difficile à étudier.

La médecine organique, apprenant à rapporter chaque altération fonctionnelle à l'organe chargé de la fonction affectée, apprend à distinguer de la manière la plus facile et la plus simple toutes ces complications, bien propres à égarer ceux que sa lumière n'éclaire pas.

Ce serait vouloir tomber gratuitement dans des redites continuelles que de répéter la description des altérations que cette maladie laisse après elle. Couleur rose, rouge, livide, violette, par plaque, stries, etc.; épaississement de la membrane muqueuse, musculeuse, et souvent inflammation du péritoine; ecchymoses, fausses membranes, ulcérations, étranglements, compressions, gangrène, etc. : telles sont les dégénérescences les plus fréquentes que la dyssenterie laisse après elle.

Colite chronique.

La maladie dont nous parlons est susceptible de passer à l'état chronique, mais alors la douleur est moins vive; elle a toujours le même siége, mais elle augmente peu par la pression. Les matières excrétées varient singulièrement : elles sont blanches, grisâtres, pultacées, puriformes; elles ne contiennent plus de sang; elles sont quelquefois séreuses, liquides, très-abondantes; les selles sont fréquentes, il n'existe plus de ténesme ou d'épreintes; des borborygmes, des douleurs obscures, précèdent chaque évacuation intestinale; celle-ci est souvent involontaire.

La face est pâle, altérée, terreuse; la faiblesse considérable, le pouls petit, la peau froide; le malade éprouve de fréquentes syncopes, etc. On a distingué plusieurs degrés de colites chroniques, suivant leur intensité; mais ces distinctions s'établissent d'elles-mêmes au lit du malade.

C'est à la maladie dont nous parlons qu'on a plus particulièrement donné le nom de diarrhée; mais ce symptôme peut appartenir à l'entérite chronique, et aussi n'être produite que par une simple augmentation d'exhalation, ainsi que nous l'avons vu.

La colite chronique peut durer un temps illimité; sa résolution est difficile. Lorsqu'elle se termine par la mort, on trouve en général les parois intestinales épaissies, mollasses, quelquefois ulcérées. Je ne sais si l'on doit rapporter à l'effet de l'inflammation chronique une altération que j'ai déjà décrite dans cet ouvrage : les parois de l'intestin sont diaphanes, elles paraissent amincies; la membrane muqueuse est lâche, boursouflée, infiltrée d'une grande quantité de sérosité. Cette infiltration séreuse, véritable œdème, très-fréquent chez les vieillards, est souvent la suite de maladies du cœur ou d'autres affections éloignées, et dans ce cas cette altération ne me paraît nullement inflammatoire, non plus que la diarrhée qui en résulte.

Cancer du colon.

Aux symptômes que nous venons de décrire pour les affections précédentes, si l'on ajoute une tumeur circonscrite, plus ou moins dure, fixe et en général adhérente, douloureuse à la pression, lancinante, non pulsative, dans le trajet du colon; la persistance des accidents, la couleur jaune paille de la peau, etc., on devra reconnaître la dégénérescence cancéreuse de cet intestin. Les altérations organiques sont d'ailleurs les mêmes que nous avons déjà signalées.

Diarrhée.

L'augmentation de l'exhalation muqueuse intestinale est bien, dans la très-grande majorité des cas, un phénomène purement symptomatique. Il indique une irritation légère ou une inflammation profonde des intestins, une altération chronique de divers organes, etc.; mais de même que l'augmen-

tation de l'exhalation cutanée peut avoir lieu sans travail inflammatoire et sans lésions éloignées, de même il me semble que l'exhalation intestinale peut survenir sans ces causes. L'ingestion de substances qu'on nomme relâchantes, laxatives, peut procurer une abondante exhalation muqueuse sans déterminer d'irritation, comme l'impression d'une atmosphère chaude et humide détermine la sueur sans causer d'inflammation à la peau, etc.

La diarrhée non inflammatoire et non symptomatique d'une lésion d'organe plus ou moins éloignée se reconnaîtra à l'absence de la douleur, de la chaleur, de la soif, de la fièvre, etc. Elle constituera plutôt une indisposition passagère qu'une véritable maladie; mais il ne faut pas oublier qu'elle est presque toujours symptomatique.

Gastro entérite.

Il est assez rare que l'inflammation se borne d'une manière exclusive à une seule portion du conduit extestinal. Bien plus souvent elle envahit à la fois l'estomac et une étendue variable des intestins grêles, ou bien une partie de ceux-ci et le gros intestin; de manière que les symptômes que nous avons attribués à chaque partie supposée enflammée seule, se présentent assez rarement dans l'état d'isolement que nous avons admis. Mais cette méthode d'analyse est très-propre à faire reconnaître quelles sont les diverses parties malades et l'étendue de la maladie.

Maintenant, pour avoir une idée de la gastro-entérite, il suffit de rapprocher, par le souvenir, les phénomènes fonctionnels morbides auxquels donnent lieu les diverses inflammations partielles que nous avons décrites, et les altérations morbides que l'on trouve après la mort. En réunissant ainsi les signes de la gastrite ceux de la duodénite, de l'entérite, de la colite, on aura le tableau complet de la maladie dont nous parlons; mais il est rare que ses diverses inflammations soient isolées, il n'est pas plus commun de les rencontrer toutes réunies. Pour éviter des répétitions superflues nous nous abstiendrons d'une description nouvelle de ces maladies.

Comme ces diverses phlegmasies partielles, la gastro-entérite peut être simple et aiguë. C'est sans contredit sa manière d'être la plus ordinaire. Comme elles, elle peut aussi être spécifique; enfin elle peut prendre comme elles la marche chronique.

Nous voici parvenus à l'une des questions les plus importantes qui aient été agitées dans ces derniers temps. On a prétendu que les différentes espèces de fièvres continues n'étaient autre chose que des gastro-entérites, variant par quelques nuances purement symptomatiques, par quelques dispositions individuelles, et par l'influence de certaines circonstances au milieu desquelles elles prenaient naissance. On a dit, par exemple, que la *fièvre inflammatoire* était une gastro-entérite légère survenant chez un sujet plétorique, que la *fièvre gastrique* était une *gastro-duodénite* survenant chez un sujet d'une constitution bilieuse, se montrant principalement dans les saisons et les climats chauds; que la *fièvre muqueuse* était une gastro-entéro-colite, et même bronchite, survenant dans les temps et les pays humides et froids, et chez les sujets lymphatiques; que la *fièvre adynamique* était une *gastro-entérite* grave, ainsi que la *fièvre ataxique;* que dans celle-ci les phénomènes cérébraux étaient purement sympathiques; enfin que le *typhus*, la *fièvre jaune* et la *peste* n'étaient que des gastro-entérites modifiées par les localités, la chaleur, l'humidité, etc. Si ces assertions étaient parfaitement exactes, rien ne serait plus satisfaisant, puisqu'on serait parvenu à la connaissance précise des altérations organiques, à celle de la nature de la maladie, et par suite à un traitement rationnel. Malheureusement il n'en est pas tout-à-fait ainsi. Voici notre manière de voir à cet égard.

Nous avons déclaré que, ne croyant pas qu'un désordre fonctionnel quelconque pût arriver sans altération d'organe, nous ne croyions pas qu'il pût exister de fièvre sans siége. Nous avons dit aussi que nous croyions à l'existence de maladies spécifiques et d'altérations des fluides; nous croyons même avoir démontré ces propositions fondamentales de notre système médical. Eh bien, nous croyons que les fièvres dites inflammatoires sont bien réellement le résultat d'une irritation intestinale ou autre, survenant chez un sujet pléthorique; que la fièvre bilieuse continue est une gastro-duodénite; que la fièvre muqueuse est aussi une inflammation des membranes muqueuses; mais que bien souvent elle offre un caractère de spécificité, ainsi que l'a observé M. Bretonneau dans la dothinentérite; que la fièvre adynamique se manifeste chez des sujets affectés d'inflammations gastro-intestinales ou autres, non pas seulement par l'intensité de l'inflammation, comme on l'a prétendu d'une manière exclusive, mais par une faiblesse directe du sujet, par un abus du traitement antiphlogistique, et peut-être aussi par une cause infectante, miasmatique, qui peut avoir altéré les fluides de l'organisme. Nous croyons que la fièvre ataxique n'est pas seulement une gastro-entérite avec phénomènes sympathiques cérébraux, mais bien plus souvent une méningite ou une encéphalite, simples dans la majorité des cas, et, dans quelques circonstances d'épidémies ou autres, occasionnées par un poison miasmatique.

Enfin nous croyons que le typhus, la fièvre jaune et la peste peuvent aussi être de véritables gastro-entérites; mais pour ces dernières nous croyons que la *cause miasmatique constitue le phénomène principal* de la maladie; que cette cause porte son action sur les fluides de l'économie, les altère, les décompose; et qu'ensuite, lorsqu'il se manifeste des phlegmasies, ces phlegmasies ne sont que des phénomènes consécutifs secondaires d'une moindre importance.

Il y a dans le typhus, dans la fièvre jaune, dans la peste, autre chose que la gastro-entérite. Ce qui le prouve, c'est que dans nos hôpitaux nous avons des gastro-entérites à tous les degrés, et nous n'avons ni typhus, ni fièvre jaune, ni peste. Ce qui le prouve, c'est que pour développer ces maladies il faut la circonstance d'une cause particulière. Dans le typhus, c'est un grand encombrement d'individus malades; dans ce cas, le miasme est une exhalation animale qui a subi une certaine altération, et qui a contracté la funeste propriété de développer et de transmettre par infection ou par contagion une maladie qui offre les mêmes traits, le même caractère. Dans la fièvre jaune, ce sont des matières animales et végétales en décomposition par le retrait des eaux, dans les lieux marécageux, une forte chaleur, etc., causes qui développent et propagent par contagion ou par infection une maladie aussi d'une nature particulière. Dans la peste, ce sera de même une cause spécifique analogue, moins connue dans sa nature, mais malheureusement rendue aussi certaine par ses effets terribles, par ses affreux ravages. C'est donc cette cause spécifique qui s'introduit dans l'organisme, principalement par l'ab-

sorption pulmonaire, qui constitue la circonstance importante, capitale, de ces maladies, dont la gastro-entérite, qui existe bien réellement, dans le plus grand nombre de cas, n'est qu'un phénomène secondaire.

Mais cette gastro-entérite même n'existe pas toujours, ce qui n'empêche pas le caractère de la maladie. J'ai vu des individus atteints de typhus qui étaient affectés de pneumonies, de catarrhes, d'encéphalites, et qui n'avaient pas de gastro-entérites; ce qui prouve encore que cette affection gît dans l'altération des fluides de l'économie ainsi que la fièvre jaune et la peste, et non dans l'inflammation viscérale développée sous l'influence de ces causes.

Nous croyons donc que les inflammations qui existent, intestinales ou autres, ne sont nullement propres à faire connaître le caractère de ces maladies; que le médecin doit surtout faire attention à la cause miasmatique; que c'est là le point le plus intéressant; qu'on se tromperait lourdement, et d'une manière bien funeste à l'humanité, si l'on croyait que les phlegmasies nées sous ces influences dussent être traitées comme des phlegmasies simples; enfin que la cause toxique doit fournir les principales indications, sans égard pour les phlegmasies secondaires. Ces conclusions sont un peu différentes de celles de la doctrine dite physiologique.

En résumé nous ne nions pas l'existence de lésions locales dans les fièvres continues; nous les croyons même nécessaires, parce que sans elles il ne pourrait y avoir d'altérations fonctionnelles; mais nous pensons que ces phlegmasies sont la plupart du temps spécifiques, et même secondaires.

La gastro-entérite simple est susceptible de se compliquer avec la plupart des phlegmasies; ce qui donne lieu à des groupes de symptômes très-variés, qui, mal appréciés par les auteurs, ont été décrits sous une multitude de noms particuliers.

Ainsi il n'est pas rare de rencontrer, concurremment avec la gastro-entérite, l'inflammation de la bouche, du pharynx, de l'œsophage; l'inflammation des glandes lymphatiques du mésentère, celle des organes de la respiration : mais les plus fréquentes, peut-être, de ces complications, ce sont les phlegmasies de la peau. L'encéphalite, la méningite, sont fréquemment accompagnées de gastro-entérite, ou bien se développent sous l'influence de cette dernière. Enfin l'hépatite, la néphrite, la cystite, etc., peuvent exister avec la gastro-entérite. Mais qu'on ne croie pas pour cela, ainsi qu'on l'a affirmé dans ces derniers temps, que la gastro-entérite soit le point de départ de toutes ces phlegmasies, ou leur aboutissant nécessaire; chaque organe, ayant ses excitants propres, ayant une existence jusqu'à un certain point indépendante, ayant son mode particulier d'organisation, peut être, comme il l'est effectivement, altéré d'une manière primitive et isolée.

Pour avoir le tableau des diverses complications que nous venons de signaler, il suffit de réunir à la gastro-entérite les caractères fonctionnels et organiques de chacune de ces maladies. On s'exposerait à reproduire toute la nosographie à la description de chaque maladie, si l'on voulait décrire en détail toutes les complications; c'est ce que certains auteurs ne craignent pas de faire. Nous sommes plus avares du temps et de la patience des élèves, et nous avons plus de confiance dans leur intelligence.

Péritonite.

De toutes les maladies qui peuvent être le plus facilement confondues les unes avec les autres, il n'en est sans doute pas de plus difficiles à distinguer que la gastro-entérite et la péritonite; bien que l'erreur ne fût pas extrêmement grave, puisque ce sont deux maladies de la même nature, nous allons nous efforcer d'en faire sentir les différences.

On distingue plusieurs espèces de péritonites; la péritonite aiguë, la péritonite chronique. Elles sont l'une et l'autre générales ou partielles; enfin, d'après la cause qui la produit, on a admis une péritonite puerpérale.

Ordinairement, après un frisson d'une durée et d'une intensité variables, une douleur vive, pongitive, brûlante, circonscrite ou étendue, fixe ou mobile, se fait sentir dans l'abdomen; elle est en général superficielle, principalement lorsque la péritonite occupe les parois de l'abdomen. La moindre pression est intolérable; le poids le plus léger, celui des couvertures, devient insupportable. Les parois abdominales sont dures, tendues et comme ligneuses; lorsque la pression est possible, elles ne fléchissent pas dans un point, mais dans une étendue plus ou moins considérable; le ventre se tuméfie. A ces signes locaux se joint le trouble des fonctions intestinales; des nausées, des borborygmes, des vomituritions, des vomissements de matières alimentaires, de mucus, de bile, et souvent même de matières stercorales, lorsqu'un étranglement intérieur est la cause de l'inflammation. Le dévoiement accompagne ordinairement cette phlegmasie; en même temps la bouche est amère, sèche; la langue rouge ou sale; la soif plus ou moins ardente; la respiration est gênée, et principalement l'inspiration, à cause de la compression exercée par le diaphragme et le foie sur le péritoine enflammé. On a pensé dans ces derniers temps, ainsi que nous allons le voir tout-à-l'heure, que le diaphragme lui-même était douloureux. Le pouls est petit, concentré; la peau chaude et sèche; l'urine rouge et rare; la face est altérée, les traits sont concentrés. Le décubitus a lieu sur le dos; cependant, si le plan était horizontal, le malade ne pourrait pas conserver cette position : il faut que la tête soit un peu élevée, et les cuisses fléchies sur le bassin.

La péritonite intense se termine en général d'une manière funeste au bout de peu de jours, quelquefois en vingt-quatre heures, rarement après le troisième septenaire. Lorsque la mort a lieu, les symptômes font des progrès alarmants; les forces abandonnent le malade, le hoquet se manifeste, le pouls devient insensible, la peau froide, la face se décompose, le cortége des phénomènes nerveux se présente, et le malade succombe. Tels sont les signes qui précèdent la mort dans le cas d'inflammation très-aiguë. Lorsque la marche est un peu moins rapide, on peut observer tous les phénomènes locaux et généraux d'une collection séro-purulente.

Dans quelques cas moins graves, lorsque la péritonite est locale, ce qui ne s'observe guère que dans les péritonites par cause mécanique, la résolution peut avoir lieu; alors les symptômes diminuent insensiblement, ou d'une manière plus ou moins rapide. Lorsqu'il s'est formé un épanchement séreux, ou séroso-purulent, ou même purulent, la mort n'est pas toujours nécessaire. Cet épanchement peut être résorbé; il peut s'établir une communication entre la cavité du péritoine et les intestins, etc. On

-econnaît que l'épanchement se forme, à la diminution de la douleur, au gonflement, à l'empâtement du ventre, à l'infiltration des parois et des extrémités pelviennes; enfin, et plus sûrement, à la fluctuation. On peut reconnaître, par la percussion médiate, la présence d'une très-faible quantité de liquide.

Lorsque la péritonite arrive à la suite de l'accouchement, le ventre, dont les parois ont subi une distension considérable, et qui n'a pas repris encore sa résistance naturelle, acquiert un volume plus grand que dans la péritonite ordinaire; les lochies sont supprimées, les mamelles affaissées, la sécrétion du lait suspendue, etc.

Si la péritonite est partielle, les phénomènes locaux, semblables à ceux que nous venons d'exposer, sont circonscrits, et les phénomènes généraux moins prononcés.

Lorsque la péritonite s'est terminée par la mort, et d'une manière prompte, le péritoine est rouge, injecté, quelquefois violet, ordinairement sec. On trouve cependant les intestins distendus par des gaz agglutinés ensemble au moyen d'une exsudation albumineuse concrète; lorsqu'on les sépare, leurs faces contiguës paraissent aplaties. Si la maladie a duré quelques jours, les intervalles des circonvolutions intestinales et la cavité du petit bassin contiennent un fluide trouble, jaune, verdâtre, tenant en suspension ou laissant précipiter des flocons albumineux, de véritables fragments de fausses membranes non organisées. Des fausses membranes semblables tapissent quelques portions du péritoine et des intestins; ceux-ci offrent des plaques violettes, noires, et quelquefois de véritables escarres gangréneuses. Dans certains cas, de la bile, des matières alimentaires ou fécales sont mêlées au liquide séreux-purulent; on découvre ordinairement alors l'ouverture qui a permis leur introduction dans la cavité péritonéale.

La péritonite peut passer à l'état chronique, ou se montrer d'abord avec ce caractère; les symptômes sont alors moins prononcés; la douleur abdominale est moins vive, plus obscure, et ne se découvre souvent que par la pression; mais on observe toujours cette tension, cette dureté du ventre caractéristique que nous avons signalée. L'empâtement est ici plus marqué, et la fluctuation ordinairement plus sensible que dans la variété précédente, parce qu'il est possible d'exercer la percussion : cependant cette percussion, ainsi que toutes les secousses imprimées, augmente en général la douleur. On a avancé que les malades éprouvaient le sentiment d'une boule qui roulait dans l'abdomen et tendait à remonter vers la gorge, mais l'expérience n'a pas confirmé cette proposition.

Le pouls est petit, plus fréquent, plus accéléré le soir; la respiration est gênée surtout par l'accumulation de la sérosité. Il n'y a ni vomissement ni diarrhée; l'appétit est même conservé. Il existe souvent de la constipation; mais le malade maigrit, dépérit de jour en jour; la face devient terreuse, les yeux sont brillants, et les pommettes colorées dans les paroxysmes; enfin l'épanchement acquiert un volume considérable, l'infiltration générale se déclare, et le malade succombe au bout d'un temps plus ou moins long, après être passé par tous les degrés du marasme et de la fièvre hectique.

Les *altérations organiques*, que l'on rencontre à la suite de la péritonite chronique, sont à peu près les même que celles de la péritonite aiguë; seulement l'épanchement est ordinairement plus considérable. Le péritoine est souvent parsemé d'espèces de granulations transparentes, grises ou noirâtres, qui lui donnent un aspect chagriné. Dans certains cas, il est comme diapré de linéaments, de plaques de couleur entièrement noires, et, suivant M. Andral, tout-à-fait mélaniques. Le péritoine est souvent épaissi, ou du moins a perdu sa transparence. Lorsqu'on trouve de véritables tubercules, ou une dégénérescence cancéreuse, il faut admettre, outre l'inflammation qui a favorisé leur développement, une disposition particulière. On peut aussi trouver le péritoine couvert de plaques cartilagineuses, osseuses, etc. : il est douteux que ces productions soient de véritables transformations de cette membrane.

M. Alphonse Devergie présenta, en 1823, à la faculté de médecine, une thèse ayant pour titre : « Essai sur l'exploration de l'abdomen à l'aide de la vue et du toucher, envisagée sous le rapport du diagnostic des maladies qui sont du ressort de la pathologie interne. » Entre autres considérations intéressantes, l'auteur y établit un signe au moyen duquel on peut reconnaître l'inflammation du péritoine. Ce signe lui ayant paru à peu près certain, il s'est déterminé à l'exposer plus tard dans un mémoire particulier.

M. Devergie pose en thèse générale, que toutes les fois qu'une phlegmasie affecte une membrane, soit séreuse, soit muqueuse, et que cette membrane est tapissée par un plan musculaire appartenant ou à la vie organique ou à la vie animale, elle communique à ce plan un degré d'irritation qui est en raison de l'intensité de la phlegmasie de la membrane elle-même ; ce qui occasionne une contraction organique des fibres musculaires, les rend plus denses, les raccourcit sensiblement, les empêche de s'étendre si elles sont disposées en plan, et produit le rétrécissement des canaux si elles sont circulaires. Si donc il existe une péritonite circonscrite, on observe, outre une légère augmentation du volume du ventre, une résistance très-manifeste à la pression, qui ne permet pas aux parois de céder localement, mais produit leur dépression, à la manière d'une toile tendue, dans un espace plus ou moins grand. Il est possible de reconnaître par ce moyen jusqu'à l'étendue de l'inflammation; la peau cède et glisse sur la portion ainsi contractée. Les muscles, dans ces cas, sont eux-mêmes douloureux. D'où M. Devergie tire la conclusion que la respiration n'est gênée et douloureuse que dans l'inflammation du péritoine diaphragmatique; que la flexion en avant n'est douloureuse que par cette disposition dans la péritonite des parois abdominales, propositions qui paraîtront peut-être un peu hasardées.

D'après le principe émis précédemment, l'auteur pense que la forme du ventre doit servir à faire reconnaître la gastro-entérite intense. En effet, dans cette phlegmasie l'abdomen sera déprimé sur les côtés, et saillant vers l'ombilic, où se seront ramassés les intestins contractés et agglomérés.

Cancer du rectum.

Les principes de cette affection sont obscurs. Les signes que l'on observe alors peuvent être facilement confondus avec ceux de plusieurs autres maladies. La pesanteur des lombes et du rectum, des épreintes, les efforts vains de défécation, l'issue d'une certaine quantité d'un liquide séreux, sanguinolent; la douleur que les matières alvines, surtout lorsqu'elles sont consistantes, font éprouver à leur passage, se rencontrent dans toutes les maladies du rectum : hémorrhoïdes, fissures, ulcères syphi-

litiques, dartreux ou simples, etc., toutes s'accompagnent de ces phénomènes. Mais à une époque plus avancée les altérations locales sont faciles à reconnaître. L'extrémité de l'intestin est consistante, dure; le canal est rétréci au point que l'excrétion des matières devient d'une extrême difficulté; elles ne sortent plus que très-amincies, déformées, ou rendues liquides par les mucosités intestinales. Le doigt ne peut pénétrer dans le rectum, un bourrelet très-résistant s'y oppose; quelquefois l'extérieur de l'anus est parsemé de petites tumeurs qu'on pourrait confondre avec les tumeurs hémorrhoïdales, syphilitiques, etc.; mais elles sont en général bien plus consistantes. De pareilles tumeurs sont répandues sur la face interne de l'intestin; des douleurs lancinantes, souvent insupportables, ont remplacé les simples pesanteurs lombaires; bientôt cette induration squirrheuse s'ulcère, et l'ouverture anale se trouvant accidentellement agrandie, les matières alvines sortent avec plus de facilité. Le médecin attentif, loin d'en concevoir quelque espérance décevante, ne reconnaîtra là que les progrès d'un mal incurable. Un fluide séreux, ichoreux, sanguinolent, d'une extrême fétidité, s'écoule des parties ulcérées. Des douleurs atroces, des déchirements se font sentir; le malade éprouve des borborygmes, des gaz, des éructations fétides, et si l'occlusion est complète, des vomissements de matières fécales; la nutrition cesse, l'individu dépérit; la face est pâle et jaunâtre, le pouls petit, fréquent; enfin tous les caractères de l'infection cancéreuse générale et de la fièvre hectique se déclarent, et le malade succombe au bout d'un temps plus ou moins long.

Quelquefois le cancer ne commence que par un endurcissement squirrheux, mais par une ulcération primitive de la membrane muqueuse; la marche de la maladie est alors plus rapide. A l'ouverture on trouve les altérations organiques que nous avons déjà décrites. La partie de l'intestin placée au-dessus de la tumeur, est ordinairement très-dilatée; il est même possible qu'elle se rompe en travers, et laisse épancher les matières dans l'abdomen.

Hémorrhoïdes.

Ce nom porte quelques acceptions différentes que nous allons faire connaître. Il a été principalement affecté aux hémorrhagies qui ont lieu par le rectum, et par extension à des tumeurs qui ont leur siége sur cet intestin.

Comme toutes les hémorrhagies, celle du rectum peut être idiopathique, primitive, critique, acritique, supplémentaire, accidentelle, habituelle, symptomatique, consécutive, hypersthénique, hyposthénique et neutre; de sorte que tout ce que nous avons dit des hémorrhagies en général est entièrement applicable à celle-ci. Relativement aux moyens thérapeutiques, il peut être important de distinguer à quelle espèce d'hémorrhagie on a affaire; et cette connaissance n'est pas non plus sans intérêt sous le rapport du pronostic. Le flux hémorrhoïdal peut donc dépendre de la simple exhalation sanguine de la membrane du rectum, et peut-être aussi du colon. Cette exhalation sanguine se distingue de l'hémorrhagie dépendante des tumeurs hémorrhoïdales par l'absence de ces tumeurs. Cette hémorrhagie s'annonce fréquemment par une chaleur, une douleur vers le fondement, un frisson général, le refroidissement des extrémités, la pesanteur des lombes. Bientôt le sang s'écoule en quantité variable, d'une manière continue; il est alors plus ou moins rouge, vermeil et liquide: ou, par intervalle, et après avoir séjourné un certain temps dans le rectum, il est alors noirâtre et réuni en caillots. La quantité de sang peut être telle que la mort peut promptement survenir: si l'hémorrhagie est long-temps prolongée, elle peut jeter le malade dans un profond affaiblissement, dans le marasme et causer la mort. Le flux hémorrhoïdal est accompagné de douleurs dans la vessie, l'utérus, le rectum, les lombes, etc. Les phénomènes généraux varient suivant une multitude de circonstances. Cette hémorrhagie se reproduit ordinairement d'une manière périodique.

On dit qu'elle est *primitive*, *idiopathique*, lorsqu'elle survient chez un sujet bien portant, qui n'éprouvait aucune autre affection; qu'elle est *critique*, lorsque, survenant dans le cours d'une maladie, elle est suivie du soulagement ou de la disparition des accidents; *acritique*, lorsque, dans les mêmes circonstances, elle ne soulage nullement le malade; *supplémentaire*, lorsqu'elle succède à une autre hémorrhagie qui a subitement disparu; *accidentelle*, lorsqu'elle semble arriver une fois et comme par hasard; *habituelle* ou *constitutionnelle*, lorsqu'elle semble être devenue, pour ainsi dire, physiologique, nécessaire; *symptomatique*, lorsqu'elle dépend d'une altération profonde de quelque organe, d'un cancer, par exemple; *consécutive*, lorsqu'elle vient à la suite d'une autre affection, comme d'un anévrysme; enfin *hypersthénique*, *hyposthénique* et *neutre*, suivant que les phénomènes généraux qui l'accompagnent appartiennent à l'un de ces trois états.

L'hémorrhagie dont nous parlons est plus ordinairement produite par l'exhalation ou la rupture de tumeurs qui occupent l'extrémité inférieure du rectum, et qu'on a nommées *tumeurs hémorrhoïdales*. Ces tumeurs s'annoncent par des signes précurseurs analogues à ceux que nous venons d'exposer. Il survient à la marge de l'anus une ou plusieurs tumeurs, ordinairement de la grosseur d'un pois, quelquefois atteignant le volume d'une noix, et même j'en ai vu, chez des femmes avancées en âge, de la grosseur du poing: elles sont rondes ou irrégulières, lisses, rouges, brunes, violettes, élastiques, rénitentes, chaudes, douloureuses, lancinantes, pulsatives. Lorsqu'elles sont placées à une certaine hauteur, on ne peut les voir que lorsque le malade fait des efforts pour aller à la selle, ou même elles ne sont sensibles qu'au toucher. On dit alors qu'elles sont *internes*. Dans certains cas elles laissent échapper, soit par exhalation, soit par solution de continuité, une certaine quantité de sang; alors elles sont fluentes: ou les dit non fluentes dans le cas contraire. Ces tumeurs sont tendues, dures, douloureuses, pulsatives pendant quelques jours; après quoi, naturellement ou par les moyens hygiéniques et thérapeutiques, elles s'affaissent, se rident, pâlissent, reviennent sur elles-mêmes et disparaissent. Lorsque l'irritation est vive, elle se propage à la membrane du rectum, et détermine une exhalation muqueuse puriforme; l'inflammation peut gagner les parties environnantes, le tissu cellulaire, produire des abcès stercoraux, des fistules anales, des douleurs continuelles, vives, exacerbantes, qui obligent le malade à garder la position horizontale, et qui s'exaspèrent par le contact et surtout par les efforts de défécation. Des phénomènes généraux de réaction plus ou moins prononcés accompagnent l'inflammation de ces tumeurs. La durée de ces accidents est variable; mais lorsque les tumeurs ont été affaissées pendant un

temps indéterminé, plusieurs mois ou même plusieurs années, ils peuvent se reproduire, et se montrent alors avec une plus grande intensité. On a vu quelquefois le cancer du rectum succéder aux hémorrhoïdes.

On pensait autrefois que ces tumeurs étaient des varices des veines hémorrhoïdales : bien que cette opinion ne soit pas entièrement rejetée, et que, dans quelques cas, il en soit ainsi, cependant des dissections très-attentives ont prouvé qu'elles étaient en général formées d'un tissu véritablement érectile, tel que nous l'avons décrit dans nos généralités.

Les tumeurs hémorrhoïdales ne peuvent être confondues avec le cancer, qui est plus dur, moins rouge, moins violet, moins élastique, plus lancinant, etc.; ni avec les tumeurs syphilitiques, dont l'aspect n'est pas le même, qui sont de la couleur de la peau ou de la membrane muqueuse, et qui sont précédées d'une infection vénérienne, etc.

Hémorrhagie intestinale, mélæna.

C'est multiplier en pure perte la distinction des maladies, que d'admettre autant d'affections particulières qu'il existe de modifications symptomatiques. Ce que nous avons dit des hémorrhagies en général, de l'hématémèse en particulier, nous dispense d'entrer ici dans de nouveaux détails. Quant au nom de mélæna donné au vomissement et aux déjections d'un sang noir, il ne saurait être conservé, puisqu'il ne désigne qu'une variété de couleur, qui paraît être produite par le séjour plus ou moins long que le sang a fait dans les intestins.

D'ailleurs, le diagnostic de cette affection ne saurait être difficile lorsque le sang est rejeté au-dehors.

Hydropisie abdominale, ascite, hydropisie enkystée.

Ces deux maladies de l'abdomen, lorsqu'elles sont parvenues à un certain degré de développement, peuvent offrir entre elles de tels points de ressemblance que leur distinction devient très-difficile. Nous étant assez longuement étendu sur leurs différences dans la séméiologie diagnostique, nous ne reviendrons pas sur ce sujet.

Coliques.

On ne saurait douter que les douleurs abdominales ne soient, dans le plus grand nombre des cas, des symptômes des lésions nombreuses des organes contenus dans l'abdomen; mais on ne peut se refuser à admettre aussi que ces douleurs ne se montrent indépendantes d'aucune altération sensible. Les partisans les plus chauds de la nouvelle doctrine reconnaissent aujourd'hui des coliques qui ne sont pas le symptôme d'une phlegmasie ou d'une irritation, mais qui sont purement nerveuses.

Une douleur vive survient tout-à-coup sans phénomènes précurseurs dans un point de l'abdomen; cette douleur, fixe ou mobile, atteint rapidement le plus haut degré de violence; elle n'augmente pas par la pression, elle semble même diminuer par ce moyen; elle diminue un instant pour reparaître bientôt avec plus d'intensité; elle est accompagnée de la rétraction des parois abdominales; de borborygmes, de flatuosités, de constipation; la face du malade est pâle, abattue, exprime la douleur; le pouls est petit, quelquefois irrégulier, insensible; la respiration précipitée, la peau froide, surtout aux extrémités; quelquefois une sueur copieuse inonde le visage; des syncopes, des défaillances, viennent souvent augmenter le cortége des accidents graves. Bientôt, sans cause évidente, tous ces phénomènes se dissipent, le malade revient promptement à son état ordinaire; il ne lui reste qu'un brisement des membres, une lassitude générale. Aucun prodrôme de phlegmasie, aucun appareil fébrile, aucunes suites ordinaires à l'inflammation ne s'observent dans cette maladie, qu'on ne saurait s'empêcher de considérer comme une véritable névropathie. Sa durée n'est ordinairement que de quelques heures.

Il n'est pas impossible que le vomissement nerveux se joigne à ces symptômes, et ne constitue la maladie désignée par les auteurs sous le nom d'iléus; mais il faut bien se garder d'admettre légèrement l'existence de cette affection. Il est rare qu'on ne doive pas rapporter ces symptômes à quelques-unes des lésions sensibles que nous avons décrites.

Tubercules mésentériques, carreau, etc.

Que les inflammations gastro-intestinales aiguës ou chroniques produisent l'accroissement et même l'inflammation des ganglions mésentériques, et cela même très-fréquemment, c'est ce qu'il n'est pas permis de révoquer en doute; et les médecins qui se livrent avec quelque suite à l'étude de l'anatomie pathologique ont eu de fréquentes occasions de vérifier ce fait; qu'une inflammation même peu prononcée de la membrane muqueuse intestinale produise le même résultat, c'est ce que nous ne voulons nullement contester; qu'il puisse même arriver que, la phlegmasie de l'intestin ayant disparu, les glandes mésentériques soient restées engorgées, c'est ce qui est très-admissible : mais s'appuyer sur ces faits pour conclure que les ganglions tuberculeux sont constamment l'effet d'une inflammation, et d'une inflammation simple, c'est ce que les meilleurs observateurs refusent d'admettre encore aujourd'hui.

Les concessions précédentes doivent nous garantir du reproche d'opposition; nous admettons les faits avancés par les auteurs modernes, mais nous ne pouvons les admettre sans restriction. Nous pensons que les tubercules mésentériques, comme tous les autres tubercules, dépendent d'une disposition particulière qui préexiste à la cause occasionnelle qui en favorise le développement. Cette cause occasionnelle peut être souvent l'inflammation des intestins; de sorte que cette inflammation développe simplement les ganglions lorsqu'elle est simple, ou des tubercules lorsque le germe en séjourne dans le mésentère. De là la facilité qu'ont eu les médecins dont nous parlons à persuader que l'inflammation suffisait pour développer les tubercules. D'autres fois l'affection tuberculeuse, faisant des progrès, peut faire naître l'entérite; enfin rien n'empêche que ces deux affections ne marchent simultanément sans qu'il y ait dépendance mutuelle.

Mais il est prouvé par un grand nombre de faits que des tubercules crus, ou à divers degrés de développement, peuvent se rencontrer dans le fœtus, ou dans un âge très-tendre, sans qu'il ait existé d'inflammation préalable. En outre, l'aspect d'un tubercule enkysté, ou simplement infiltré, diffère essentiellement de l'engorgement simple des glandes mésentériques. Ces considérations nous forcent

de nous ranger de l'opinion de ceux qui reconnaissent dans le carreau une cause particulière.

Lorsque le carreau est porté au point de produire quelques symptômes, ces symptômes, comme on peut bien le croire, ne peuvent être que ceux des inflammations intestinales chroniques. Il trouble d'abord les fonctions digestives, et cela ne saurait être autrement; de là de nouveaux arguments pour affirmer que le carreau n'est qu'un effet de la gastro-entérite chronique.

Quoi qu'il en soit de ces discussions, le diagnostic de cette affection est on ne peut plus obscur. Cela se conçoit aisément, puisque les symptômes auxquels ils donnent lieu sont ceux de l'entérite chronique.

La tuméfaction du ventre, la diarrhée et la constipation alternatives, les vomissemens glaireux, la dyspepsie, l'irrégularité de l'appétit et de la digestion, la couleur grise des fèces, l'urine lactescente, la pâleur de la face, l'abattement des yeux, la maigreur des extrémités contrastant avec le volume du ventre, l'odeur acide de la transpiration, etc., la marche lente de la maladie, symptômes qui accompagnent le carreau, ne sauraient caractériser cette maladie d'une manière positive, puisque tous ils appartiennent à d'autres maladies abdominales. Cependant si l'exercice augmente la douleur abdominale et les autres accidents, tandis que la présence des aliments n'ajoute rien à leur intensité; si la douleur devient plus sensible par la pression exercée d'arrière en avant sur les vertèbres lombaires, on pourra, d'après M. Guersent, fortement soupçonner l'existence des tubercules mésentériques. Enfin, vers la dernière période, il est un signe pathognomonique, mais malheureusement bien tardif, de cette maladie : ce sont les inégalités dures, douloureuses à la pression, qui font sentir les tubercules développés. Les matières fécales endurcies pourraient seulement en imposer; mais elles ne sont jamais douloureuses, et ne persistent pas avec la même opiniâtreté.

Au reste, M. Guersent pense que le carreau n'est presque jamais qu'un phénomène concomitant d'une autre affection, et non une maladie idiopathique; il lui paraît être souvent la suite de la phthisie tuberculeuse pulmonaire, parvenue à son dernier degré. Les tubercules mésentériques lui ont paru consécutifs de cette dernière maladie, cinq fois sur six.

Les caractères génériques que nous avons attribués aux tubercules en général s'appliquent, avec quelques légères modifications, à ceux qui nous occupent. L'aspect des ganglions varie suivant qu'ils sont plus ou moins avancés, et qu'ils sont enflammés ou non. Dans le premier cas le ganglion est rosé, rouge, gorgé de sang, dur; la matière tuberculeuse est renfermée dans son tissu sous forme de petits grains ronds ou irréguliers, ou par stries et par plaques; dans le second cas les ganglions ne sont pas rouges ni durs; ils sont quelquefois plus pâles que dans l'état naturel; « la matière tuberculeuse semble leur être accolée et non identifiée avec eux; le tissu ganglionnaire diminue en raison directe de l'accroissement du tubercule. » Ces tubercules, comme tous les autres, sont infiltrés ou enkystés. Les ganglions, entièrement convertis en masse tuberculeuse, peuvent atteindre le volume d'un œuf; quelquefois la matière s'infiltre dans les lames du mésentère, et y forme des plaques de diverse étendue. Lorsque les tubercules sont à l'état de crudité, ils sont durs, et souvent *traversés de petits vaisseaux :* ils passent d'ailleurs par toutes les périodes des autres tubercules. Ils finissent par se ramollir, et ressembler à de véritables abcès de mauvaise nature. Le péritoine qui les recouvre est presque toujours sain; dans quelques cas il s'enflamme, et contracte des adhérences avec les intestins. On peut rencontrer avec ces tubercules des indurations ganglionnaires non tuberculeuses, des squirrhes, des encéphaloïdes, etc. La membrane muqueuse peut être enflammée, parsemée d'ulcérations vers la fin de l'iléon; mais ces ulcérations ne sont pas nécessaires à l'existence des tubercules qu'on observe indépendamment de ces lésions.

Vers intestinaux.

De tous les symptômes qu'on a attribués aux entozoaires, il n'en est aucun qui puisse annoncer d'une manière certaine la présence de ces animaux dans les intestins. Il n'y a que leur expulsion au-dehors qui soit le signe pathognomonique de leur existence; encore, lorsque les symptômes observés persistent, n'est-il pas certain qu'il existe des vers; on ne peut avoir que des probabilités. Les troubles fonctionnels que produisent ces vers étant les mêmes que ceux de l'irritation intestinale, il est presque impossible de déterminer s'ils sont dus à la présence de ces animaux ou à une irritation primitive ou consécutive. Cette identité dans les symptômes de l'affection vermineuse avec la gastro-entérite chronique a fait affirmer dans ces derniers temps que les vers eux-mêmes n'étaient que le résultat, que l'effet de cette inflammation, et par conséquent ne réclamaient pas d'autre traitement. Cette conclusion erronée peut devenir trop funeste pour que la prémisse ne soit pas relevée ici. Dans cette circonstance, comme dans beaucoup d'autres, on a pris la cause pour l'effet. De ce que les vers sont toujours accompagnés d'irritation intestinale, on a affirmé qu'ils en étaient la suite; mais la présence de ces corps ne doit-elle pas entraîner nécessairement les phénomènes de la gastro-entérite, puisqu'ils irritent inévitablement le canal alimentaire? Les constitutions faibles, détériorées; les enfants nourris de bouillie, d'aliments fades, qui ne boivent que de l'eau, sont les plus exposés aux vers; ceux qui se nourrissent d'aliments succulents, réparateurs, qui boivent du vin, en sont exempts. Les remèdes les plus efficaces contre les vers sont des excitants; les antiphlogistiques ne font que plonger le malade dans une débilité incurable, et l'on veut que les vers soient le résultat d'une inflammation.

Les vers intestinaux produisent donc les phénomènes de la gastro-entérite. Le malade se plaint en outre d'un sentiment de piqûre ou de morsure dans les intestins; il éprouve souvent une faim insatiable; un prurit incommode se fait sentir aux narines; les pupilles se dilatent; une sueur aigre se déclare; le ventre est comme empâté; mais, ainsi que nous l'avons dit, ces caractères sont équivoques, et la sortie des vers est le seul signe certain qu'il en ait existé.

Les signes locaux, bien que peu sûrs, varient cependant suivant le siége qu'occupent ces animaux et suivant leur espèce. S'ils séjournent dans le cœcum, ainsi que le font ordinairement les trichocéphales, c'est dans la fosse iliaque et dans le flanc droit que le malade éprouvera les signes locaux; s'ils siégent dans l'estomac, ce sera dans l'épigastre; enfin, s'ils occupent le rectum, ces phénomènes s'observeront dans cette région : ils pourront au reste ne pas exister du tout.

Maladies du foie.

Malgré les recherches des modernes et les volumineux ouvrages de quelques anciens sur les maladies du foie, elles sont encore loin d'être parfaitement connues. On sait que cet organe est le siége d'une grande diversité d'altérations morbides, et l'on est loin d'être d'accord sur les traces que l'hépatite même laisse après elle. On croit connaître les signes fonctionnels qui la caractérisent, et l'on ignore assez complètement ses signes organiques; car je ne pense pas qu'on veuille nous faire admettre comme des vérités incontestables une foule de spéculations métaphysiques enfantées dans la fièvre des systèmes, et qui n'ont pas plus reçu la sanction d'une expérience ultérieure, qu'elles n'ont été inspirées par une expérience préalable. D'un autre côté, l'on connait un assez grand nombre de lésions organiques dont l'expression fonctionnelle est ignorée. Nous allons tâcher de jeter quelque lumière sur ce sujet obscur.

Hépatite.

L'hépatite, maladie moins fréquente qu'on ne pense communément, se fait reconnaître aux signes que nous allons exposer, dont aucun, à la vérité, n'est pathognomonique, mais dont la réunion peut suffire pour constater l'existence de cette affection.

Après des phénomènes précurseurs variables, et surtout après un frisson, le malade éprouve une douleur fixe dans l'hypocondre droit. Cette douleur est plus ou moins vive, pongitive, sensible à la pression ou obscure ou profonde; elle est plus ou moins voisine de l'épigastre, de l'hypocondre gauche; elle augmente plus ou moins par les actes de la respiration, etc., suivant que la partie enflammée est superficielle ou profonde; que l'inflammation occupe la convexité, la concavité ou le centre de l'organe malade, son extrêmité droite ou gauche, ou sa partie moyenne. Les auteurs ont prétendu que cette douleur pouvait s'étendre jusque vers l'épaule droite : je n'ai jamais rien observé de pareil, et je pense que c'est là un de ces signes équivoques qui peuvent s'être présentés quelquefois, et qui ont été copiés aveuglement ensuite par la foule des écrivains. En même temps l'hypocondre paraît tuméfié, tendu. L'augmentation du volume du foie peut être appréciée d'une manière exacte au moyen de la percussion médiate; le son *jécoral*, suivant M. Piorry, se fait alors entendre dans une étendue plus grande que dans l'état normal. Les autres phénomènes de l'inflammation, la chaleur, la rougeur, ne peuvent être perçus dans le vivant; il reste donc les modifications fonctionnelles à examiner. Les fonctions du foie étant totalement dérobées à nos regards, il est difficile de s'assurer de leurs dérangements autrement que par les résultats que nous offrent les matières alvines et la couleur de la peau. Or fréquemment, dans l'hépatite, la sécrétion biliaire étant suspendue, les matières fécales sont gris cendré, blanches, quelquefois supprimées; fréquemment aussi dans ce cas, la peau présente une teinte jaune ictérique; les urines sont jaunes et safranées; enfin le malade offre toutes les apparences de l'ictère.

Il n'est pas rare que le duodénum et l'estomac participent à l'inflammation : alors on observe des nausées, des vomissements, de la tension et de la douleur à l'épigastre; la bouche est amère; la langue jaune, sale; la soif vive, etc.

Il peut y avoir de la difficulté à respirer, de la douleur dans les lombes, des hoquets, etc.

Avec ces symptômes on observe l'ensemble des phénomènes fébriles. Cette maladie croît pendant quelques jours, et au bout du premier ou second septénaire, suivant son intensité, les symptômes diminuent graduellement, et elle se termine par résolution. Elle peut aussi offrir les autres modes de terminaison des phlegmasies.

Lorsque les signes que nous venons d'exposer se rencontrent ensemble, il est difficile de méconnaître l'hépatite : cependant on a voulu embarrasser le diagnostic de cette maladie, en disant que l'inflammation du péritoine qui recouvre le foie ou la face convexe du diaphragme, que la gastrite et la duodénite pouvaient en imposer pour l'hépatite au point d'empêcher de la reconnaître. Mais d'abord les inflammations partielles du péritoine sont un accident bien plus rare que ne l'ont cru les anciens; en second lieu, à supposer que le péritoine qui recouvre le foie fût enflammé, est-il bien possible qu'adhérant au parenchyme d'une manière si intime, celui-ci ne participe pas à l'inflammation? Quant à la gastro-duodénite, elle ne pourrait être confondue avec l'hépatite qu'autant que les conduits biliaires participeraient à l'inflammation; et dès lors l'erreur serait peu grave, puisqu'une partie très-essentielle du foie participerait à la maladie.

Dans l'hépatite spontanée, la terminaison par suppuration m'a toujours paru une chose fort rare; elle est plus commune dans l'hépatite traumatique. M. Louis a cependant eu quelques occasions d'observer cette terminaison. Mais est-il possible de reconnaître que l'hépatite se termine par suppuration? les signes qu'on a attribués à ce mode de terminaison sont-ils bien le résultat de l'observation, ou seulement celui de combinaisons arbitraires? La jeunesse du sujet, la violence de l'inflammation, la douleur devenue gravative, pulsative; la soif, la sensation d'empâtement dans le flanc droit, et même la fluctuation, des sueurs et des horripilations alternatives, l'épanchement de sérosité dans l'abdomen, l'œdème des membres, sont-ils des signes caractéristiques des abcès au foie? Si on lit avec attention les faits rapportés par M. Louis, il n'en est pas ainsi : il est presque impossible de soupçonner cette espèce de terminaison.

Quant à la terminaison par gangrène, nous avons de fortes raisons de la révoquer en doute; que dirons-nous des signes qui, à ce qu'on prétend, la font reconnaître pendant la vie?

L'inflammation du foie est susceptible de passer à l'état chronique; les symptômes diminuent d'intensité et se perpétuent indéfiniment.

Lésions organiques. Pour avoir une idée juste des traces d'une maladie dans un organe, il est indispensable de bien connaître cet organe dans l'état sain, sous peine de s'exposer à de graves et nombreuses erreurs.

Le foie présente, chez les gens qui ont succombé à des maladies qui lui sont étrangères, une grande variété d'aspects dans sa forme, son volume, sa couleur et sa consistance. Ces variétés, qu'on peut appeler physiologiques, ont été cause sans doute qu'on a mal apprécié jusqu'ici les traces organiques de l'hépatite. En effet, dans l'état de santé, le foie peut être d'un jaune clair, rouge, brun, noir; son enveloppe peut être bleue, verdâtre; ces couleurs varient par places, ou occupent la totalité de l'organe. Il peut être injecté d'un sang noir ou exsangue; il crie sous le scalpel; ses grains sont durs, inégaux, raboteux, entremêlés de brides blanchâ-

tres ; il est mou, et se déchire avec facilité ; il est sec ou gras ; il occupe une partie du bas-ventre, ou est entièrement caché sous l'hypocondre droit et l'épigastre ; sa surface est empreinte de dépressions profondes, modelées sur les côtes, etc. Lorsque quelqu'une de ces altérations se rencontre après la mort d'individus qui ont succombé à l'hépatite, comment distinguer si elle est le résultat de la phlegmasie ou une modification physiologique ?

L'injection, la mollesse des organes étant ordinairement l'effet de leur inflammation, nous croyons que, lorsqu'on les rencontre après la mort d'individus qui ont éprouvé des symptômes de l'hépatite, ces phénomènes doivent en être considérés comme le résultat. Nous croyons aussi que plusieurs des modifications qu'on est habitué à regarder comme physiologiques sont l'effet d'hépatites chroniques ou latentes.

Il n'est pas rare de trouver des abcès à l'extérieur du foie ; les auteurs en citent des exemples assez nombreux. Quelques faits disséminés prouvaient aussi que le parenchyme du foie était susceptible de suppurer. M. Louis vient de publier cinq observations d'abcès dans ce viscère. Le pus de bonne nature était réuni en foyer, en général environné d'une membrane plus ou moins dense, suivant la rapidité du développement ; le parenchyme hépatique qui environnait l'abcès était plus rouge et plus mou que dans le reste du foie, rarement plus dur ; le foyer était unique ou multiple ; lorsqu'il avait une certaine étendue, on pouvait le considérer comme la réunion de plusieurs petits abcès.

Choléra-morbus.

Le choléra morbus a été regardé comme une des formes de la gastro-entérite ; nous ne saurions partager entièrement cette manière de voir. Il est bien certain que dans quelques circonstances il peut exister des vomissements bilieux très-abondants, des déjections alvines de la même nature, avec coliques violentes, sentiment d'ardeur intolérable, crampes, syncopes, etc., dans les gastrites intenses, dans l'hépatite, dans divers empoisonnements, etc. Il est bien certain aussi que, lorsque le véritable choléra idiopathique a duré quelques jours, on trouve souvent des traces d'inflammation ; mais tout cela prouve selon nous qu'il peut y avoir un choléra symptomatique d'une foule d'altérations organiques, et que dans le choléra proprement dit il peut survenir, à une certaine époque, des phénomènes inflammatoires ; mais lorsqu'à la suite d'une cause morale énergique il se sera manifesté des évacuations bilieuses abondantes par haut et par bas, etc., que ces symptômes auront disparu en quelques heures sans laisser de traces, ou que l'individu venant à succomber on n'aura trouvé aucun vestige d'inflammation, nous ne pourrons reconnaitre là l'existence d'une phlegmasie *gastro-entéro-colique* violente, comme on a voulu le faire croire dans ces derniers temps.

Nous ne voulons pas parler ici des symptômes du choléra-morbus survenant dans une affection locale ; nous nous bornons à exposer ceux du choléra-morbus idiopathique. L'individu qui en est affecté est frappé tout-à-coup ou par degrés. Après un frisson plus ou moins fort, et quelques autres accidents, une douleur violente se fait sentir dans la région épigastrique et se répand dans tout l'abdomen ; le malade rejette par le vomissement des matières alimentaires d'abord, bientôt des matières muqueuses, écumeuses, sans odeur, aigres ou acides ; des déjections alvines de matières stercorales, puis de mucus, arrivent en même temps ou alternativement ; enfin de la bile jaune, verte, porracée, noirâtre, plus ou moins fétide, est rejetée par les mêmes voies. Ces vomissements et ces déjections alvines se succèdent presque sans interruption ; dans les intervalles le malade éprouve des nausées, des borborygmes, des épreintes ; une chaleur brûlante se fait sentir dans le trajet que les matières parcourent ; une soif ardente dévore le malade, qui ne peut introduire la moindre quantité de liquide, si doux qu'il soit, sans le rejeter immédiatement. En quelques heures ces phénomènes locaux sont portés au dernier degré de violence ; la cardialgie est insupportable, le ventre est contracté, l'anxiété est portée à son comble. La face, primitivement animée, est profondément décomposée, pâle, exprime la douleur ; une sueur froide l'inonde, ainsi que le reste du corps ; le pouls est petit, concentré, irrégulier, misérable ; la respiration gênée ; des crampes ou des convulsions saisissent les membres ; des lipothymies fréquentes font redouter une issue promptement funeste ; enfin une prostration extrême se manifeste bientôt ; le hoquet, la suppression des urines, l'impossibilité de vomir et d'aller à la selle, l'extinction de la voix, annoncent la mort et la précèdent d'une manière immédiate. Dans les cas moins graves, les accidents diminuent plus ou moins rapidement, et il ne reste au malade qu'une profonde lassitude.

Lorsqu'il succombe promptement, l'examen le plus attentif ne laisse apercevoir aucune trace d'altération ; mais lorsque la maladie a duré deux ou trois jours, on trouve des plaques rouges, brunes, noires, et même des points gangréneux dans quelques parties des intestins ; le foie a été trouvé tuméfié et gorgé de sang.

On peut distinguer le choléra-morbus des autres maladies qui lui ressemblent par des caractères assez tranchés. Aucune n'offre une marche aussi prompte, une invasion aussi brusque, des progrès aussi rapides, une terminaison aussi subite. La gastrite se développe avec plus de lenteur ; il est rare qu'elle soit accompagnée de déjections bilieuses. Dans la colique de plomb il existe ordinairement une constipation opiniâtre ; elle se développe sous l'influence de causes particulières. Les phénomènes morbides de quelques empoisonnements, qui offrent tant de ressemblance avec la maladie qui nous occupe, reconnaitront pour cause l'ingestion d'une substance toxique, etc. Quant à la péritonite, l'extrême sensensibilité du ventre, l'appareil fébrile et sa marche moins vive, la feront distinguer du choléra, etc.

Les principales altérations du foie qu'il nous reste à examiner sont le cancer de cet organe, les tubercules, les hydatides et les calculs biliaires.

Cancer du foie.

La profondeur à laquelle le foie exerce ses fonctions, son rôle secondaire dans les actes de la vie, son peu de sensibilité, ainsi que nous l'avons dit déjà, sont cause de l'obscurité qui règne sur ses maladies, et en particulier sur le cancer qui l'affecte. Dans le principe de cette lésion, époque à laquelle il serait si intéressant de la reconnaître, on peut à peine en soupçonner l'existence. Un douleur sourde, profonde, dans la région qu'occupe cet organe, un léger trouble dans les fonctions digestives, et surtout dans la nutrition, sont les seuls signes qui annoncent cette altération ; ces symptômes sont si peu prononcés qu'ils éveillent à peine l'attention

des malades. Plus tard la sécrétion biliaire, sans doute très-nécessaire à l'entretien de la vie, étant entravée, la nutrition languit, le malade maigrit. Le ventre se météorise, une teinte jaunâtre colore la peau; les selles ne sont plus naturelles, elles sont dures et rares; elles finissent par être grises, cendrées vers la dernière période de la maladie, et lorsque l'ictère est tout-à-fait prononcé. A une époque plus avancée, l'hypocondre droit se tuméfie, et l'on peut reconnaître dans le foie une augmentation sensible de volume; on peut fort bien mesurer cette augmentation de volume au moyen du plessimètre. Enfin, plus tard encore, lorsque les tumeurs cancéreuses font saillie à la face convexe, on peut sentir des inégalités diverses parsemées sur cette surface, et même des dépressions sur le centre de ces inégalités. L'ictère se prononce de jour en jour davantage, il devient vert et même noirâtre, et le malade finit par succomber dans le marasme. Il est rare que la douleur prenne le caractère lacinant; et si l'on n'observe pas les phénomènes généraux du cancer, il est vraisemblable que c'est parce qu'ils sont masqués par l'ictère. Cette maladie présente une durée illimitée : elle est très-fréquente chez les vieillards; mais dans le plus grand nombre des cas elle est consécutive au cancer de l'estomac.

A l'ouverture des corps, on trouve le foie parsemé de tumeurs qui varient depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle du poing; elles sont jaunes, opaques, dures, présentent quelquefois des rayons convergents vers le centre, et d'autres fois des cercles concentriques; plus ordinairement nulle trace d'organisation; elles crient sous l'instrument qui les divise. Elles sont souvent ramollies vers leur centre, réduites en bouillie, en lie de vin, en encéphaloïde; le tissu environnant qui embrasse la tumeur est sain. Dans quelques cas le foie adhère à l'estomac, où l'on trouve un cancer ulcéré qui s'est communiqué au foie par contiguité. Mais alors les phénomènes du cancer de l'estomac ont pu exister pendant la vie.

Tubercules du foie.

Les véritables tubercules du foie sont plus rares que le cancer de cet organe. Dans l'état actuel de la science, il est impossible de s'élever à une description générale de cette maladie.

La cyrrose, plus rare encore, ne s'annonce par aucun signe reconnaissable pendant la vie. On doit en dire autant de la mélanose, qu'on a rencontrée très-rarement.

Hydatides.

De tous les organes où peuvent se développer les hydatides, il n'en est aucun qu'elles occupent plus fréquemment que le foie. L'amour aveugle des systèmes a fait avancer aussi que cette production était l'effet de l'inflammation; mais cette proposition tombe d'elle-même devant les simples lumières du sens commun, et n'a pas besoin de réfutation.

Interposés dans les granulations du foie, sans en altérer la substance, comme de véritables corps étrangers; doués d'une organisation particulière, se développant avec beaucoup de lenteur, ces êtres énigmatiques ne donnent, dans les premiers temps du moins, aucun signe de leur présence. Ce n'est que lorsque leur volume et leur nombre, en comprimant et atrophiant même une partie du foie, gênent les actes de ce viscère, qu'on peut en soupçonner la présence. Alors les fonctions digestives sont plus ou moins dérangées; l'hypocondre est tuméfié, les fausses côtes sont soulevées, on peut sentir une véritable fluctuation. Le plessimètre fait éprouver dans cette circonstance une sensation à laquelle M. Piorry a donné le nom de *bruit hydatique;* c'est une espèce de frémissement difficile à décrire, et qui ressemble à celui d'une montre frappée sur sa boîte; mais ce signe n'est pas encore fondé sur d'assez nombreuses observations. La plupart des caractères que nous venons d'exposer peuvent être confondus avec ceux du cancer et de l'abcès du foie. Cependant les hydatides acquièrent en général un volume considérable que n'atteignent jamais les maladies précédentes. Enfin, il peut arriver que des hydatides engagées dans les conduits biliaires tombent dans le duodénum et soient rendues par les selles; il peut se faire aussi que des adhérences contractées avec les intestins permettent, au moyen d'une perforation accidentelle, que ces corps s'échappent par la même voie, etc. : alors on ne saurait plus avoir de doute sur leur existence. Quelquefois ces hydatides s'épanchent dans l'abdomen, et y causent des accidents mortels. Nous avons pu observer tous ces cas, et un grand nombre d'autres encore.

Nous ne redirons pas ici ce que nous avons écrit sur les hydatides dans le commencement de ce volume, relativement à leur organisation membraneuse, fibreuse, osseuse.

Calculs biliaires.

Beaucoup de personnes succombent ayant porté pendant leur vie des calculs dans la vésicule du fiel, sans jamais en avoir éprouvé d'accidents. Il est peu de nos vieilles femmes, douées d'embonpoint, qui n'en portent un certain nombre. Nous pensons donc qu'on a ajouté à cette altération pathologique plus d'importance qu'elle ne mérite. Nous regardons comme de savantes puérilités ces innombrables écrits publiés sur les calculs biliaires. Leur forme, leur nombre, leur couleur, leur composition chimique, ont beaucoup occupé les médecins et les chimistes; d'autres ont péniblement rassemblé tout ce qui avait été fait à ce sujet : nous croyons ces travaux peu utiles à l'humanité. Qu'importe qu'il y ait cinquante, cent ou mille calculs? qu'ils soient triangulaires, polygones, etc.?

La substance même du foie, ses enveloppes, peuvent contenir des concrétions gypseuses, crétacées, de vrais calculs biliaires, dont la présence ne peut être soupçonnée pendant la vie.

Quant aux calculs biliaires proprement dits, lorsqu'ils obstruent le canal hépatique ou cholédoque, ils peuvent occasionner la résorption de la bile, l'ictère, des coliques hépatiques, et à la longue la désorganisation du foie et la mort. Lorsqu'ils obstruent la vésicule ou le canal cystique, ils peuvent produire des douleurs; mais la bile continuant à couler par les autres conduits dans le duodénum, les accidents graves sont plus rares, plus lents, et souvent nuls.

On ne peut acquérir la certitude de la présence des calculs biliaires que lorsqu'on en a trouvé dans les matières stercorales, de quelque manière que ces calculs soient parvenus dans les intestins.

Indépendamment des altérations que nous venons de décrire ou simplement de signaler, le foie peut être le siége de diverses lésions plus ou moins rares, mais assez peu importantes à étudier, et qui ne sont pas reconnaissables pendant la vie : ce sont les épanchements de sang dans le parenchyme de l'or-

gane; les collections séreuses, biliaires, dans les foyers particuliers; les cartilaginations, ossifications de quelques points de ce viscère; son hypertrophie, son atrophie, son déplacement; son anémie, sa polyæmie, sa congestion sanguine, etc.; toutes altérations notées par les auteurs, mais dont la description ne saurait entrer dans un ouvrage élémentaire, où l'on doit se borner à exposer les choses les plus utiles.

Maladies de la rate.

Cet organe éminemment vasculaire, qui n'est selon les apparences qu'une espèce de *diverticulum* du sang, et peut-être destiné à lui faire subir quelque modification inconnue, est bien plus souvent malade que ne le pensent communément les médecins. Ceux qui se livrent avec quelque suite aux travaux de l'amphithéâtre, savent que ce viscère offre rarement le même aspect, et qu'en faisant la part des variétés qu'on peut nommer physiologiques, il reste encore des cas innombrables où le tissu de cet organe est visiblement altéré. La couleur, la consistance, le volume, la forme de la rate, présentent presque toujours quelque chose d'insolite qui atteste la souffrance de ce viscère pendant la vie. Elle se déchire souvent avec une surprenante facilité; elle est gorgée d'un sang noir, épais, lie de vin; elle offre une consistance voisine de celle du foie. Lorsqu'on la coupe, les parois de la section sont nettes et tranchées, sa couleur est d'un rouge pâle; elle peut n'avoir que le volume d'un œuf, ou peser plusieurs livres. Mais l'altération la plus fréquente et la plus digne de remarque est l'existence d'un cartilage quelquefois épais de plusieurs lignes, qui entoure la rate en partie sur sa face convexe ou dans sa totalité. Cette cartilagination est-elle due au péritoine ou à la membrane propre de la rate elle-même? est-elle dessus ou dessous ces membranes? Si elle est due au péritoine, pourquoi n'en trouve-t-on pas d'analogue sur le foie et sur les autres organes que cette membrane recouvre? Des tubercules, des hydatides, des concrétions osseuses, des dégénérescences squirrheuses, du pus réuni en plusieurs foyers ou formant un seul dépôt, etc., se rencontrent assez souvent dans ce viscère. Toutes ces altérations prouvent indubitablement que la rate est fréquemment malade, et cependant ses maladies sont ignorées! Cette ignorance n'est-elle pas un témoignage éclatant en faveur des principes que nous avons professés jusqu'à ce jour, qu'on ne connaît réellement que les maladies dont on peut fixer le siége? N'est-elle pas une preuve irrécusable de la supériorité de la médecine organique? Les fonctions de la rate nous sont inconnues, et partant il est impossible de reconnaître les modifications fonctionnelles auxquelles donnent lieu ces diverses altérations. On a soupçonné les symptômes de la splénite plutôt qu'ils n'ont été véritablement fixés par l'observation; à plus forte raison ignore-t-on les signes caractéristiques de chacune des lésions dont nous avons parlé. Ces lacunes fréquentes dans la pathologie nous font émettre le vœu qu'une société de médecins instruits, intelligents, amis de la vérité, et placés dans un vaste champ d'observation, dans les hôpitaux, se partagent entre eux les points obscurs de la science; de sorte qu'un seul soit chargé d'éclaircir un seul de ces points. Il recueillerait tout ce qui aurait rapport à l'altération de tissu et à l'expression fonctionnelle de l'organe dont il serait chargé, et les résultats d'ouvertures du corps seraient mis en rapport avec les phénomènes morbides observés pendant la vie. Nul doute qu'on ne parvînt promptement ainsi à dissiper les ténèbres qui couvrent encore tant de points de la science. et que nous sommes journellement réduits à déplorer. C'est ainsi que nous concevons que les réunions appelées académiques pourraient être réellement utiles.

Les signes qu'on a cru pouvoir attribuer à la splénite sont : une douleur plus ou moins vive dans la région de la rate, douleur profonde augmentant par la pression et s'irradiant quelquefois dans l'abdomen; une espèce d'empâtement, de tuméfaction sous les fausses côtes gauches; le volume de la rate se circonscrit d'une manière assez précise par la percussion médiate réunie à la palation; d'ailleurs, soif, tension épigastrique, nausées, vomissements, coliques, ictère, dysurie; force, fréquence du pouls; chaleur générale; difficulté de respirer, etc. Mais qui ne voit que la plupart de ces signes sont généraux, qu'ils peuvent être produits par la phlegmasie de la plupart des viscères abdominaux? Quant à ceux qui sont locaux, ne peuvent-ils pas appartenir au péritoine, au rein, à la portion descendante du colon, etc.? Ainsi tout est vague, tout est indéterminé, parce qu'on ne connaît pas les fonctions de la rate!

Maladies du pancréas.

Ce que nous venons de dire de la rate, redisons-le pour le pancréas. Organe obscur, profondément situé, n'ayant que des fonctions subalternes, aucun excitant direct n'agit sur lui; destiné à favoriser la digestion en versant dans les intestins un fluide salivaire, il doit être rarement malade, peut-être ne l'est-il jamais seul; et s'il présente des phénomènes morbides, ils doivent être ceux des autres organes digestifs.

J'ai trouvé le pancréas volumineux, dur, rouge; d'autres fois petit, mou, pâle, squirrheux, grenu, criant sous le scalpel, etc.; contenant des portions osseuses, des kystes, etc. : mais presque toujours ces altérations étaient secondaires; l'estomac ou le foie avaient été primitivement affectés, et leur maladie s'était propagée jusqu'à cette glande.

Maladies des reins.

Les maladies des reins sont plus connues que celles des organes précédents. Destinés à remplir des fonctions bien déterminées, et dont les résultats peuvent être offerts à notre exploration, il est en général facile de reconnaître les modifications que leur impriment les diverses lésions organiques auxquelles leur tissu est exposé. Cependant, les reins étant doubles, l'un des deux pouvant suppléer l'autre, il peut arriver (et je l'ai plusieurs fois observé) qu'il ne se manifeste aucun trouble dans la sécrétion urinaire, et par conséquent que la plus grande obscurité règne dans le diagnostic de ces maladies. Cela arrive lorsque l'uretère d'un côté est complètement oblitéré.

Les maladies des reins sont nombreuses. Les plus fréquentes sont la néphrite et ses diverses terminaisons, les calculs, la gravelle, le cancer, les hydatides, le diabètès.

Néphrite.

L'inflammation du rein se fait reconnaître à des phénomènes locaux organiques et fonctionnels, à des phénomènes sympathiques et généraux. Une

douleur aiguë, pongitive, quelquefois dilacérante, avec un sentiment d'une chaleur vive, se fait ressentir dans la région des reins, c'est-à-dire vers les lombes; d'un seul côté, ou des deux à la fois. Tous les efforts de respiration, les secousses, la pression, augmentent cette douleur, qui se propage aux uretères, à la vessie, au testicule du côté malade, et souvent à l'aine et à la cuisse du même côté, où elle produit un sentiment de stupeur, un tremblement singulier. Les urines sont rares, et rouges dans les premiers jours: elles peuvent être entièrement supprimées. Le malade fait de vains efforts pour uriner; au bout de quelque temps elles deviennent abondantes, claires, aqueuses ou troubles. D'ailleurs, anxiété très-grande, faiblesse, décubitus sur le dos, soif vive, nausées, éructations fréquentes, vomissements; pouls petit, accéléré; peau chaude, sèche ou humide, froide pendant que la douleur s'exaspère.

Lorsqu'un calcul produit la néphrite (ce qui est très-fréquent), du sable, du gravier se déposent au fond des urines; de plus, une sensation de déchirement se manifeste sur le trajet des uretères; cette sensation survient tout-à-coup, et peut cesser de la même manière. Certaines positions du corps la réveillent, d'autres l'apaisent. L'urine se supprime et reparaît aussi tout-à-coup. Lorsque les aspérités du calcul déchirent le rein ou les parois de l'uretère, la douleur est souvent intolérable; l'urine est alors sanglante, l'inflammation acquiert une extrême intensité, et l'on observe souvent des accidents cérébraux, tels que les convulsions et le délire.

La néphrite peut passer à l'état chronique: les signes locaux sont les mêmes; seulement ils sont plus obscurs, moins vifs; les phénomènes généraux sont moins prononcés; mais les modifications fonctionnelles sont peut-être plus remarquables; l'urine est opaque, purulente, brune, noire, mêlée de caroncules charnues, qui ne sont vraisemblablement que du sang coagulé. Il est très-fréquent que les urines déposent alors du gravier.

La néphrite aiguë, lorsqu'elle est traitée convenablement, se termine par résolution au bout de quelques jours, ou de deux ou trois semaines.

Elle peut se terminer par suppuration: alors la douleur devient gravative; une pesanteur se fait sentir aux lombes, où l'on observe un empâtement remarquable; le pouls est plus plein, plus élevé; des horripilations fréquentes alternent avec la chaleur, etc. Le pus peut s'épancher dans l'abdomen, se faire jour dans un intestin, fuser le long du tissu cellulaire, ou être excrété par les urines. On dit aussi avoir vu la gangrène terminer la néphrite.

L'inflammation du muscle psoas peut simuler la néphrite; mais ici la douleur augmente principalement par la flexion de la cuisse sur le bassin, et les désordres dans la sécrétion urinaire sont loin d'être les mêmes.

A l'ouverture des corps on trouve tous les caractères anatomiques que les phlegmasies laissent après elles. Le rein est plus volumineux que dans l'état naturel, ou d'un moindre volume; il est rouge, violacé, gorgé de sang, ou pâle et exsangue, plus mou ou plus dur que dans l'état sain; il contient des foyers purulents, il est en partie détruit par des ulcérations et par la gangrène, etc.

Calcul rénal, gravelle.

Ces maladies sont quelquefois latentes, d'autres fois produisent des accidents; alors ce sont ceux de la néphrite aiguë ou chronique: le signe pathognomonique des calculs ou de la gravelle, c'est l'excrétion de quelques parcelles calculeuse. La néphrite peut être la cause de la gravelle et du calcul; la suppuration, ou un caillot de sang, peut devenir le noyau d'une pierre; mais je crois que, dans bien des cas, un vice de sécrétion, occasionné par la nature de l'alimentation ou par toute autre cause, peut produire primitivement la gravelle ou le calcul du rein, qui à leur tour déterminent la néphrite.

Cancer du rein.

Le cancer du rein est enveloppé pendant la vie d'une grande obscurité. Il ne produit guère que les signes de la néphrite chronique; on pourrait le soupçonner à la disposition générale du malade, aux caractères de l'infection cancéreuse, à la nature des douleurs, à l'absence du sable et du gravier dans les urines, etc.; mais tous ces signes sont fort insuffisants.

Les reins sont encore exposés à plusieurs altérations qui ne produisent aucun symptôme pendant la vie; ce sont des hydatides, des kystes séreux développés dans leur tissu, le décollement de leur membrane propre par une infiltration séreuse, la production de cartilages, de plaques osseuses à leur surface, etc. Lorsque l'affection des reins a produit leur accroissement de volume, on peut jusqu'à un certain point déterminer cet accroissement par la percussion médiate; mais les faits qui le prouvent sont encore peu nombreux.

Diabétès.

Le diagnostic du diabétès ne présente pas de grandes difficultés. Ses caractères principaux sont la sécrétion abondante et viciée de l'urine, qui contient un principe sucré, et le dépérissement graduel du malade.

Le diabétès survient tout-à-coup ou d'une manière progressive; l'évacuation abondante de l'urine est précédée d'une douleur dans les lombes et dans le trajet des voies urinaires, souvent d'une simple sensation de froid. La quantité des urines surpasse de beaucoup celle des boissons, même lorsque celle-ci a été considérable. Elle est de quinze à vingt livres par vingt-quatre heures; elle peut s'élever à quarante livres et même au-delà. Le fluide excrété est pâle, décoloré ou jaunâtre citrin, inodore, douceâtre et même sucré. Il est dépourvu d'azote, partant ne contient ni urée, ni acide urique; le principe sucré qu'il renferme en quantité variable est susceptible de fermenter; il peut être converti en alcohol en acide acétique. La mixtion est fréquente et souvent involontaire, principalement pendant le sommeil, et souvent pendant la veille; si le malade veut retenir ses urines, l'abdomen peut acquérir un volume considérable. Les digestions languissent: bientôt le malade maigrit; la face est pâle et abattue; la faiblesse fait tous les jours des progrès rapides; les jambes s'infiltrent; la soif est vive, inextinguible; la peau sèche et aride; le pouls est faible et lent, plus tard il s'accélère. Enfin les facultés intellectuelles et sensoriales s'obscurcissent de jour en jour; le sommeil est interrompu par les besoins d'uriner et de boire. Ces phénomènes font des progrès plus ou moins réguliers et rapides; ils s'accompagnent d'une multitude d'accidents accessoires, tels que constriction de la gorge, ardeur d'urine, salive épaisse, visqueuse, rapports acides, borborygmes, pesanteurs de l'estomac, ano-

rexie, appétit vorace, hydrophobie, dévoiement, constipation. Le marasme finit par s'emparer du malade, et la mort arrive après des périodes régulièrement croissantes, ou après des alternatives variables. La durée de cette maladie funeste, heureusement très-rare, est de plusieurs mois, et quelquefois même de plusieurs années. La guérison n'arrive pas souvent, quelle que soit la méthode de traitement mise en usage. On a prétendu que le diabétès pouvait être insipide, mais ce n'est plus alors qu'une simple augmentation de la sécrétion urinaire; qu'il pouvait être latent, lorsque la quantité de l'urine n'était guère plus considérable que dans l'état de santé. Quant au diabétès chyleux, c'est à peine si l'on doit en faire mention; il ne peut y avoir qu'une observation superficielle qui ait pu le faire admettre.

L'ouverture des corps n'a fait découvrir aucune altération constante dans les reins. Ils ont été trouvés mous, durs, pâles ou colorés, hypertrophiés, etc. Mais ces modifications organiques sont trop variables pour servir à dévoiler la nature de cette singulière maladie.

Maladies de la vessie.

La chirurgie réclame la plupart des maladies de la vessie. Nous allons exposer simplement l'inflammation, le catarrhe, le cancer, la paralysie de cet organe, l'hématurie, etc.

Cystite.

Comme toutes les inflammations, celle de la vessie présente des degrés divers; mais au lieu d'en faire des variétés particulières, et de répéter à chacune la fastidieuse énumération des symptômes organiques et fonctionnels, il est plus philosophique de laisser au lecteur le soin de diminuer ou d'augmenter par la pensée l'intensité des phénomènes et de se faire ainsi l'image de ces divers degrés.

Après l'application des causes nombreuses qui portent leur action sur la vessie d'une manière chimique ou mécanique, et souvent après des phénomènes précurseurs variables, une douleur plus ou moins forte se fait sentir à la région hypogastrique; cette douleur augmente par la pression, par les mouvements, les secousses, les contractions abdominales, la toux, l'éternuement, la défécation, la mixtion, etc.; de la tension et de la douleur l'accompagnent; le malade éprouve de fréquentes envies d'uriner, qu'il a une peine extrême à satisfaire; ce n'est qu'avec douleur et avec effort qu'il parvient à rendre quelques gouttes d'urine, qui lui font éprouver une chaleur brûlante; l'excrétion de ce fluide est même quelquefois entièrement impossible. Au bout de peu de temps la vessie se distend, la douleur se propage aux reins, au pubis, au périnée, au rectum, enfin dans tout l'abdomen. L'urine est peu abondante, claire, incolore les premiers jours, et dépourvue de mucosités, parce que la membrane vésicale est sèche et que son exhalation est suspendue; plus tard elle devient plus foncée, et laisse déposer un mucus glaireux et filant, semblable à du blanc d'œuf. Lorsque la maladie est légère, ces symptômes sont peu prononcés; quelques signes généraux de réaction se font remarquer, et bientôt l'organe malade et ses fonctions reprennent leur type normal. Lorsque la maladie attaque profondément toutes les parois de la vessie, on observe de la chaleur à la peau, sa sécheresse, ou, dans quelques circonstances, des sueurs avec odeur urineuse, dit-on; de la sécheresse de la bouche, des nausées, des vomissements; le pouls est fréquent et dur, il devient ensuite petit et concentré; plus tard, le hoquet, l'agitation, le délire, l'assoupissement, etc., peuvent précéder la mort.

Lorsque l'inflammation est générale, la douleur occupe tout le petit bassin, et les accidents locaux et généraux sont portés au dernier degré de violence; mais la cystite peut n'occuper qu'un point de la vessie. Si elle siége à la partie antérieure, la pression la plus superficielle sera douloureuse; si elle affecte la partie postérieure, l'utérus ou le rectum peuvent participer à l'inflammation; si elle occupe le col, la douleur répond au périnée, et la mixtion est alors très-douloureuse, et souvent impossible, etc.

La cystite intense peut se terminer, quoique rarement, par résolution et par suppuration : dans ce cas, le pus formé dans ses parois peut se faire jour dans le petit bassin, et causer une péritonite mortelle; pénétrer dans le rectum, l'utérus ou les intestins; enfin, ce qui est plus heureux, s'ouvrir un chemin dans la vessie et s'échapper au-dehors. Enfin la gangrène peut terminer cette phlegmasie. Quant à l'induration squirrheuse, nous pensons qu'une cause particulière est nécessaire à cette dégénérescence.

La cystite passe fréquemment à l'état chronique; alors les symptômes diminuent graduellement, et s'arrêtent à un certain degré d'intensité; ils sont d'ailleurs les mêmes que dans l'état aigu. Mais l'urine contient une quantité plus ou moins considérable de mucus incolore, limpide, ou opaque, jaunâtre, grisâtre, et exhalte une odeur insupportable; la mixtion est pénible, douloureuse, et souvent la défécation. Cette maladie peut avoir une durée très-longue, elle finit presque constamment par occasionner le marasme et la mort.

A l'ouverture des corps, lorsque la cystite était aiguë, les parois de la vessie sont rouges, épaissies, couvertes de mucosités, ou bien elles présentent les traces de la suppuration, qui a produit divers ravages; enfin des plaques gangréneuses plus ou moins étendues et plus ou moins profondes en altèrent les parois. Dans la cystite chronique, la vessie est rouge, épaissie, fongueuse, violette; les parois en sont endurcies; sa capacité est diminuée, presque oblitérée; la membrane muqueuse peut être ramollie; elle est parsemée de vaisseaux variqueux, quelquefois de tumeurs fongueuses; elle est irrégulière, bosselée; les colonnes en sont prononcées, etc.; le liquide contenu est purulent et d'une extrême fétidité.

Cystirrhée, catarrhe vésical, etc.

Le catarrhe vésical n'est en général autre chose que la cystite légère, aiguë ou chronique; il est caractérisé par l'excrétion plus ou moins grande de mucus, qui se précipite et adhère plus ou moins au fond du vase; cette exhalation peut être aussi consécutive d'une maladie des reins, de la prostate ou de quelques organes éloignés, de la présence d'un calcul, etc. Il doit être extrêmement rare qu'elle soit due à la simple exhalation morbide de la membrane muqueuse de la vessie.

Cancer de la vessie.

Aux symptômes de la cystite chronique, si l'on joint la présence d'une tumeur dure, lancinante dans l'hypogastre, l'issue d'un fluide purulent,

brun, noir, contenant des fragments de chairs altérées, de la fibrine, exhalant une odeur plus repoussante encore que dans cette maladie, et de plus les signes de l'infection cancéreuse, on pourra reconnaître le cancer de la vessie. C'est ainsi que nous avons pu quelquefois l'annoncer pendant la vie. Après la mort on reconnaît les altérations organiques ordinairement occasionnées par cette maladie, et que nous avons exposées plusieurs fois, présentant de légères modifications.

Paralysie de la vessie.

Cette maladie n'est en général qu'un symptôme d'une altération des organes de l'innervation, et principalement de ceux que contient la moelle épinière. Les maladies du cerveau peuvent cependant la produire, parce que cet organe tient sous sa dépendance le reste de l'innervation. La compression de la moelle épinière, sa destruction, son inflammation, quelles que soient leurs causes, déterminent le plus fréquemment la paralysie de la vessie. Il est cependant des cas où l'on ne peut accuser ces organes de produire cet accident; lorsque la vessie a été long-temps distendue, elle perd la faculté de se contracter. Chez les vieillards, l'usure de l'organisme, si l'on peut s'exprimer ainsi, produit l'effet dont nous parlons; mais il ne faut pas oublier que chez eux le système nerveux s'altère d'une manière générale, ce qui est manifeste par la diminution de la sensibilité et de la contractilité, par la dureté de l'oreille, la diminution de la vue, de l'odorat, du toucher; par les tremblements généraux, et, mieux que tout cela, par les changements visibles dans la couleur, la consistance et le volume de l'encéphale et des nerfs. La paralysie de la vessie tient souvent à cette cause organique, cause méconnue par les auteurs, ou du moins non mentionnée par eux. L'incontinence de l'urine, la mixtion involontaire, ou la rétention de ce fluide, par suite la distension de la vessie, et plus tard tous les signes du catarrhe vésical, sont les caractères de la paralysie de la vessie. Cette paralysie peut être complète, incomplète, générale et partielle. Nous avons remarqué quelque différence dans les symptômes, dans ces derniers cas. Lorsque la paralysie occupe le col de la vessie et non le corps, celui-ci se contracte, le sphincter est dans le relâchement, il y a incontinence d'urine; si le sphincter est contractile et le corps paralysé au contraire, il y a rétention d'urine, impossibilité d'excréter ce fluide.

L'examen anatomique ne fait découvrir aucune altération dans la vessie, à moins qu'il n'existe quelque maladie concomitante; mais on trouve souvent la cause de cet accident dans l'altération de la colonne vertébrale, de la moelle épinière ou du cerveau, etc.

Hématurie.

L'hématurie est presque toujours un symptôme, et très-rarement une simple exhalation, même consécutive. Les calculs des reins, des uretères, de la vessie; le cancer de ces organes, les varices de la vessie, etc., sont les maladies qui la produisent le plus ordinairement. Voyez page 102.

Maladie de l'utérus.

Ce viscère important, d'une sensibilité exquise, d'une organisation complexe, chargé des fonctions intéressantes de la génération, exposé à l'action d'agents directs et multipliés, est nécessairement sujet à une multitude de maladies. L'inflammation aiguë et chronique et ses terminaisons, la métrorrhagie, la métrorrhée, le cancer, les polypes, les hydropisies, les tympanites, les déplacements, les hernies, les chutes, les ruptures, les corps fibreux, les kystes, tous les accidents de la grossesse et de l'accouchement, l'aménorrhée, la dysménorrhée; les productions accidentelles de toute espèce, osseuses, cartilagineuses; celles des ovaires, et bien d'autres encore, composent la funeste série des maladies dont l'utérus est le siége. Nous allons nous borner à tracer les principaux signes de la métrite, de la métrorrhée, de la métrorrhagie, du cancer de l'utérus, comme étant les maladies les plus fréquentes, et par conséquent celles pour lesquelles on réclame le plus souvent les secours de l'art.

Métrite.

L'inflammation de l'utérus, le plus ordinairement produite par une cause directe, est générale ou locale, légère ou profonde, aiguë ou chronique.

Lorsque l'inflammation est générale, qu'elle attaque non seulement la membrane muqueuse, mais le corps de la matrice, et même le péritoine qui recouvre une partie de cet organe, les symptômes sont alors dans leur plus haut degré de développement; ils ne sont pas bornés à l'organe malade, mais s'étendent à tout l'organisme. Après le prodrôme ordinaire aux phlegmasies intenses, une douleur profonde se fait sentir à l'hypogastre; cette douleur, ordinairement violente, se propage aux lombes, au rectum, à la vessie, aux aines, aux cuisses, et fréquemment dans tout l'abdomen, surtout lorsque le péritoine participe à l'inflammation. La pression, la toux, l'éternuement, le hoquet, tous les efforts de respiration; la contraction des muscles abdominaux dans le vomissement, la défécation ou la mixtion, augmentent cette douleur; la malade éprouve en même temps de la chaleur, de la pesanteur, de la tension dans la région hypogastrique; le toucher fait reconnaître la mollesse, l'augmentation de volume et la chaleur du col de la matrice; ce toucher, ainsi que tout autre contact, est extrêmement pénible et douloureux; le vagin participe souvent à l'état inflammatoire. Dans certains cas on reconnaît dans le petit bassin la présence d'une tumeur dure, plus ou moins circonscrite, récente, formée par l'utérus. En même temps tout écoulement est suspendu, au moins dans les premiers jours. Ainsi, lorsque la malade est à l'époque du flux menstruel, le sang est supprimé; il en est de même des lochies : ces exhalations sanguines reparaissent lorsque l'irritation vient à cesser, ce qui cependant n'a pas toujours lieu. La sécrétion du lait, ou ne s'établit pas, ou cesse si elle a commencé; les mamelles tombent et s'affaissent; au bout de quelques jours il survient un écoulement de mucus purulent ou sanguinolent très-fétide; le ténesme, les épreintes, les douleurs du rectum, celles de la vessie, la difficulté d'uriner, annoncent que les organes voisins participent à l'inflammation.

La face est pâle, altérée, inquiète; la malade s'agite et tombe bientôt dans une prostration profonde. Elle éprouve des nausées, des vomissements, des hoquets; le ventre se météorise; l'urine est rare et rouge; le pouls est petit et fréquent; la respiration gênée, haletante; la peau froide, surtout aux extrémités; le délire se déclare, et alterne avec des syncopes fréquentes, et la malade suc-

combe, ou très-rapidement, quelquefois dès le second jour, ou bien après huit, quinze, vingt et même trente jours et plus.

A l'ouverture des corps, il n'est pas toujours facile de distinguer les traces d'inflammation d'avec celles de l'accouchement lorsqu'il a eu lieu depuis peu. Les lésions que l'on observe le plus ordinairement sont l'injection, le gonflement, l'augmentation de volume de l'utérus, quelquefois sa mollesse. Son parenchyme contient dans ses aréoles du pus qu'on fait sortir par la pression. Ces petits abcès peuvent être très-nombreux; les veines de l'utérus contiennent alors une certaine quantité de pus. Les ovaires peuvent présenter des altérations analogues. Enfin, si la gangrène générale de la matrice est justement révoquée en doute, il existe des exemples incontestables de la gangrène partielle de cet organe.

Si l'inflammation est bornée au col de la matrice, les symptômes sont moins violents, moins étendus. La malade éprouve de la douleur dans le fond du vagin, de la chaleur, et le toucher fait reconnaître la tuméfaction et la mollesse de cette partie, quelquefois de véritables déchirements. Si l'application du speculum était moins douloureuse, il est très-vraisemblable qu'on reconnaîtrait dans le vivant aussi la rougeur que l'on trouve à la nécropsie. Un mucus sanguinolent, ou du sang pur, s'écoule par le vagin. Les parties malades sont très-sensibles au moindre contact. Cette affection, beaucoup moins grave que la précédente, se termine en général par la guérison au bout de quelques jours ou quelques semaines; elle peut passer à l'état chronique, mais elle cause rarement la mort. La métrite, générale même, se termine quelquefois par la guérison; les symptômes s'amendent avec plus ou moins de rapidité, et les actes fonctionnels reprennent leur cours physiologique.

Métrite chronique.

Un degré de moins dans l'intensité des symptômes qui accompagnent la métrite aiguë, l'absence de l'appareil fébrile et une durée illimitée, doivent faire reconnaître la métrite chronique. La douleur que ressentent les malades est plus profonde, plus obscure; elle est gravative. Elle se communique aussi aux organes voisins, à la vessie, au rectum, aux aines, etc.; elle augmente par la station prolongée, par la marche, par le coït. Le volume de l'organe est généralement augmenté. On perçoit quelquefois une tumeur dans la région hypogastrique; on reconnait que cette tumeur est formée par la matrice, au moyen du ballottement qu'on lui imprime en pressant sur l'hypogastre et sur le col alternativement. Le col de l'utérus est lisse, mou, sensible et volumieux; il a présenté à quelques observateurs une forme conique; en même temps il s'échappe par le vagin un mucus épais, opaque, en général sans odeur, et, dans quelques cas, une quantité de sang plus ou moins considérable. Il n'existe pas de signes de réaction. Les règles peuvent continuer à couler, mais elles apparaissent péniblement et disparaissent de même. La conception peut aussi avoir lieu pendant une métrite chronique. Cette maladie se prolonge souvent pendant plusieurs années, après quoi les accidents cessent plus ou moins complètement; il ne reste plus qu'une gène vague, une légère pesanteur dans la région hypogastrique.

Il est une multitude de maladies qu'on peut confondre avec la mérite chronique: les principales sont le cancer et les polypes utérins; mais dans le cancer le col de l'utérus est dur, irrégulier, il est le siége de douleurs lancinantes. Il existe un écoulement de matières épaisses, opaques, jaunes, verdâtres, d'une insupportable fétidité, et souvent il survient des pertes de sang; la teinte paille de la peau et tous les signes de l'infection cancéreuse finissent par se manifester. Ces phénomènes diffèrent essentiellement des précédents. Le polype est facile à reconnaître par le toucher, lorsqu'il a franchi le col de l'utérus; lorsqu'il est encore contenu dans la cavité de cet organe, il produit les douleurs de l'enfantement, et donne lieu à des hémorrhagies très-abondantes et très-fréquentes, et quelquefois à l'expulsion de parcelles charnues.

On distingue la métrite des autres maladies qui peuvent la simuler, à la sensibilité, à la mollesse du col, à la chaleur dans l'utérus, à la tumeur contenue dans le petit bassin, au dérangement des fonctions de cet organe; lorsqu'il existe une péritonite concomitante, elle est presque toujours consécutive.

Leucorrhée; flueurs blanches, catarrhe utérin, métrorrhée.

Je pense que, dans le plus grand nombre des cas, l'écoulement muqueux de l'utérus est dû à la phlogose de la membrane qui le tapisse ainsi que le vagin; mais il n'est pas déraisonnable de croire que, dans des circonstances très-fréquentes aussi, la leucorrhée n'est produite que par une espèce d'exhalation morbide mécanique, passive, telle que nous l'avons signalée déjà pour d'autres parties. La leucorrhée peut aussi n'être que symptomatique d'une affection utérine, ou même d'une maladie éloignée. On a distingué plusieurs espèces de leucorrhées: la leucorrhée constitutionnelle, acquise ou héréditaire; la leucorrhée par irritation locale; la leucorrhée sympatique, la leucorrhée par l'usage de certains aliments ou médicaments; la leucorrhée métastatique; la leucorrhée critique, la leucorrhée syphilitique. Ces distinctions ne sont pas sans importance pour le traitement, et doivent être prises en considération. Les moyens de les établir se tirent des circonstances commémoratives, dont le médecin doit s'enquérir avec soin.

Comme son nom l'indique, le principal phénomène de cette maladie, c'est l'écoulement par la vulve d'un fluide muqueux plus ou moins abondant. Ce fluide est d'abord clair, transparent, légèrement visqueux, d'une odeur fade. L'apparition de cet écoulement se fait ordinairement après quelques jours de prodrôme: la malade a éprouvé des pesanteurs dans l'hypogastre, dans les lombes; de la fatigue, et souvent de la titillation dans les organes génitaux. L'écoulement muqueux augmente, il perd de sa transparence, revêt plus de consistance; il devient même quelquefois opaque, blanc, jaunâtre, verdâtre, noirâtre; il conserve toujours une odeur fade et nauséabonde. L'humidité, le froid, les aliments relâchants, les passions tristes, etc., augmentent l'abondance de l'écoulement. Une douleur obscure, gravative, se communique aux aines, aux cuisses, aux lombes, au rectum, à la vessie, se joint aux autres symptômes. La vulve est tuméfiée, mais blanche, blafarde et comme macérée, continuellement lubrifiée par ce mucus, qui tache le linge des malades. Le col de l'utérus est aussi mou et gonflé; le méat utérin est béant; la malade est indifférente pour le rapprochement des sexes, quelquefois au contraire très-ardente; elle est souvent inapte à la conception, ou n'enfante que des êtres imparfaits. Ces symptômes locaux et fonctionnels

ne sont pas les seuls que produisent les flueurs blanches. L'estomac ne tarde pas à ressentir leur fâcheuse influence, et par suite la nutrition et toutes les autres fonctions. On observe des tiraillements, des pesanteurs dans l'estomac, et quelquefois même des vomissements; la pâleur de la face, la flaccidité des chairs, la maigreur générale; de la faiblesse au moindre exercice, l'extrême sensibilité à l'impression du froid, la tristesse habituelle et profonde, l'œdématie des membres pelviens, des pesanteurs, des lourdeurs de tête, des éblouissements, des syncopes; la petitesse du pouls; la gêne de la respiration; la sécheresse et la froideur de la peau; les urines pâles et abondantes, etc.

Tels sont les principaux caractères de la leucorrhée, caractères suffisants pour la faire distinguer du cancer utérin, et des autres maladies que nous venons de décrire. Mais elle ne peut être distinguée de la métrite chronique, avec laquelle il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient à la confondre, que lorsque la métrite aiguë a précédé celle-ci. Quelques auteurs ont décrit une leucorrhée aiguë; mais ce n'est là qu'une métrite légère, superficielle : cette maladie, que nous croyons inutile d'exposer en détail, ne diffère de celle-ci que par un peu plus d'intensité et une durée plus courte, et la métrite générale et profonde que par un degré moindre de violence.

La durée de la leucorrhée est presque illimitée, mais cette maladie entraîne peu de dangers. A l'ouverture des corps on ne trouve aucune altération bien prononcée; la membrane muqueuse vagino-utérine est pâle, blafarde ou violacée, imbibée de mucosités; des veines dilatées se dessinent sur sa surface; les cryptes muqueux paraissent augmenter de volume, en les comprimant on en fait sortir un fluide semblable à celui qui s'écoulait pendant la vie. Quelques auteurs ont, disent-ils, trouvé des tubercules dans ces organes, des ulcérations, des plaques gangréneuses même; mais il est évident que dans ces cas il avait existé une autre affection que la leucorrhée.

Métrorrhagie.

L'hémorrhagie utérine offre les mêmes différences que les autres hémorrhagies en général; mais elle est plus souvent que les autres l'effet d'une simple exhalation. On a surtout établi une distinction capitale entre l'hémorrhagie qui arrive dans l'état ordinaire de vacuité de l'utérus, et celle qui survient pendant la grossesse, l'accouchement ou peu de temps après. C'est de la première que nous devons principalement nous occuper.

La métrorrhagie n'est souvent que la menstruation portée au-delà des bornes physiologiques, tant par sa durée que par la quantité de sang épanché; alors elle mérite plus particulièrement le nom de *ménorrhagie*. Il est assez difficile de déterminer le point où commence et où finit la menstruation physiologique. On ne doit considérer les règles comme ayant le caractère morbide, que lorsqu'elles ont porté atteinte à l'état général de la malade, lorsque les fonctions organiques et animales sont manifestement altérées, les forces abattues, etc.

Le nom de métrorrhagie est plus particulièrement applicable à l'hémorrhagie qui survient entre les époques menstruelles, et pendant l'état de grossesse. Le principal symptôme de cette maladie est l'issue par le vagin d'une certaine quantité de sang. Ce flux sanguin peut arriver sans signes précurseurs, lorsque la cause qui l'a déterminé a été violente, ou être précédé d'un écoulement muqueux, de lassitudes, de pesanteurs dans les lombes et le dos, dans l'hypogastre, d'horripilation, de malaise, de gonflement dans la région utérine, de tuméfaction, des hémorrhoïdes, de constipation, de ténesme, d'ardeur et de prurit vers les parties génitales, enfin de tous les signes qui annoncent une congestion vers l'utérus. Le sang ne tarde pas à paraître, et lorsque l'hémorrhagie n'est pas très-abondante, elle semble produire du soulagement. A un plus haut degré, elle occasionne la faiblesse générale, de la pâleur et quelques syncopes. Mais si la quantité de sang est considérable, elle peut mettre en danger les jours des malades, et cela d'une manière plus ou moins rapide; elles peuvent succomber exsangues au bout de quelques heures ou de quelques jours. Les lèvres, et le reste de la face et même de l'individu, pâlissent; les yeux sont ternes, à demi fermés, la vue s'obscurcit; il survient des tintements d'oreilles, des vertiges, des défaillances, des syncopes; le pouls est petit, concentré, mou, insensible; la respiration pénible et gênée, embarrassée, stertoreuse; la peau froide; des convulsions se manifestent, et la malade meurt dans l'anémie. A un degré moyen on observe l'affaiblissement général de toutes les fonctions, et si l'hémorrhagie persiste, la malade succombe au bout d'un temps plus ou moins long dans un état d'infiltration générale.

Le sang peut être rendu en très-grande abondance, clair, rutilant, ou noir et coagulé; il peut couler continuellement et pour ainsi dire goutte à goutte. Le sang s'accumule quelquefois dans la cavité de l'utérus; le diagnostic de l'hémorrhagie est alors plus difficile. Aux symptômes locaux que nous avons décrits, il faut ajouter dans ce cas l'augmentation plus ou moins rapide du volume de la matrice; des douleurs semblables à celles de l'enfantement; enfin, au bout d'un certain temps, en général l'expulsion d'une certaine quantité d'un sang coagulé.

On ne peut guère confondre la métrorrhagie qu'avec l'hématurie; mais cette dernière hémorrhagie est très-rare relativement à la première; le sang est alors plus intimement mêlé aux urines, qui sortent noirâtres et imprégnées de ce fluide; il pourrait se faire aussi qu'un caillot de sang fût engagé dans le méat urinaire, ce qui favoriserait le diagnostic. Il existe d'ailleurs d'autres signes des maladies des voies urinaires ou des organes génitaux.

Les *altérations organiques*, lorsque la métrorrhagie est idiopathique, se bornent à la rougeur plus ou moins intense de la membrane utérine, et à l'état exsangue des autres viscères.

Lorsque la métrorrhagie est symptomatique on la reconnaît aux signes des maladies qui la produisent; ainsi dans le cancer, dans le polype de l'utérus et autres dégénérescences, on peut reconnaître ces affections aux signes qui leur sont propres. Si la métrorrhagie est consécutive d'une affection du cœur, les caractères de celle-ci ne permettent pas de la méconnaître; si elle arrive chez un sujet scorbutique ou pléthorique, la distinction n'est pas plus difficile; si elle succède à une autre hémorrhagie, on peut facilement s'en apercevoir; si elle juge une maladie aiguë, elle est aussi facile à caractériser, etc. La métrorrhagie peut être continue, intermittente, périodique, interne, externe, etc.; différences qu'il est à peine nécessaire de mentionner.

Ce serait peut-être ici le cas de parler de l'aménorrhée ou de la suppression des règles; mais cet état n'est qu'un symptôme, qu'un épiphénomène

dans toutes les maladies en général, et ne peut être considéré comme une maladie spéciale. Que cette suppression soit produite, en effet, par l'apparition d'une maladie quelconque, qu'elle soit déterminée par une cause directe, qu'elle accompagne un état de débilité générale, d'anémie, ou de faiblesse des organes génitaux, elle fournit sans doute des indications thérapeutiques de la plus haute importance, mais ce n'est pas sur elle que le médecin doit fixer particulièrement son attention, c'est sur la cause qui la détermine, sur les circonstances qui l'accompagnent; au reste elle est caractérisée par la suspension graduelle ou subite de l'écoulement menstruel, et accompagnée de troubles très-variés de toutes les fonctions, comme on peut bien le présumer d'après ce que nous venons de dire.

Cancer de l'utérus.

Les premiers symptômes du cancer utérin sont enveloppés d'obscurité. Ce ne sont d'abord que des dérangements dans la menstruation; ces dérangements portent sur la quantité de sang évacué qui est plus ou moins considérable qu'elle ne devrait être, et aussi dans les époques qui sont éloignées ou rapprochées. Un écoulement de matière d'une consistance et d'une couleur variables, tantôt séreuse et sanguinolente, tantôt épaisse, opaque, jaune, verdâtre, et toujours fétide, a lieu par le vagin. Une certaine pesanteur se fait sentir dans la région hypogastrique; la malade éprouve quelques douleurs lancinantes; d'abord éloignées, elles se propagent aux parties voisines. Déjà le museau de tanche est dur sur quelques points, augmenté de volume, et douloureux à la pression, laquelle provoque quelquefois le suintement d'une légère quantité de sang; l'orifice de l'utérus est souvent dilaté. Il n'existe encore aucuns symptômes généraux; la malade conserve son embonpoint, ses forces et même sa fraîcheur. A une époque plus avancée, et toujours par une transition insensible et graduelle, ce qui ne permet pas de distinguer de périodes tranchées dans ces maladies, comme on le fait communément, les phénomènes que nous venons d'exposer sont plus prononcés; les douleurs lancinantes sont plus vives et plus rapprochées, elles s'étendent aux lombes, aux cuisses, au rectum, à la vessie, à tout l'abdomen; l'écoulement muqueux ou ichoreux, sanieux, devient plus fétide; la défécation et la mixtion sont douloureuses; le col de la matrice est dur, inégal, et le vagin lui-même participe à cet état; l'embonpoint se perd; les forces disparaissent, le moindre exercice est pénible; la face est d'un jaune paille; les chairs sont molles et blafardes. Plus tard encore tous ces accidents s'agravent, ils deviennent continus ou plus intenses. C'est ainsi que les douleurs lancinantes ne laissent plus de rémission; la sanie devient d'une insupportable fétidité, elle entraîne avec elle des détritus de cancer, des caillots de sang. Si l'on porte le doigt dans le vagin, on reconnaît les ravages les plus profonds, les plus étendus. L'ulcère cancéreux a dévoré le col de la matrice, qui est mou à l'extérieur, et dur plus profondément, irrégulier, bosselé; le vagin est très-dur, très-rétréci, ou bien détruit par les progrès de l'ulcération; une communication horrible s'établit avec la vessie, et les urines tombent dans le vagin, où elles se mêlent avec l'ichor cancéreux, et produisent des douleurs atroces. Un accident encore plus redoutable et plus dégoûtant c'est la destruction de la cloison recto-vaginale, et l'irruption des matières fécales dans les organes de la génération. Enfin des hémorrhagies abondantes mettent quelquefois un terme à des maux si affreux. La fièvre hectique, le marasme, terminent ordinairement l'existence de ces infortunées. Alors, face altérée, décomposée, triste, abattue; insomnie, convulsions, faiblesse extrême, sueurs nocturnes, infiltration, diarrhée, vomissement, pouls petit, misérable, escharres gangréneuses, mort.

La marche de cette terrible maladie est plus ou moins prompte; il est à remarquer que cette rapidité est en raison inverse de l'âge, et en proportion assez rigoureuse avec lui : c'est-à-dire que le cancer marche avec une très-grande promptitude chez les jeunes sujets, avec une promptitude moindre dans l'âge adulte, enfin avec plus ou moins de lenteur dans la vieillesse. Le cancer varie aussi sous le rapport de l'intensité de ses symptômes.

La maladie dont nous venons d'esquisser le tableau est facile à reconnaître lorsqu'elle est avancée; mais il s'en faut que son diagnostic soit facile dans les premiers temps.

Les maladies que l'on peut le plus facilement confondre avec le cancer de l'utérus, sont les corps fibreux, les polypes, la métrite chronique, les ulcères syphilitiques, etc. Les corps fibreux se reconnaissent à la lenteur de leur développement, à leur indolence, à l'intégrité du col, à la présence d'un corps arrondi, plus ou moins irrégulier dans le petit bassin, à l'absence des douleurs lancinantes, des métrorrhagies, des écoulements, enfin de la plupart des symptômes que nous avons décrits; les polypes utérins, et la métrite chronique, aux signes différentiels que nous avons exposés précédemment. Le traitement antisyphilitique, les progrès rétrogrades que feront les ulcères sous l'influence de ce traitement, l'absence des élancements, la circonstance d'une infection vénérienne antécédente, feront reconnaître les ulcères de cette nature, etc.

Lésions organiques. Elles sont très-variées. On peut déjà s'en former une image d'après la description que nous venons de faire, et en se rappelant les désordres qu'occasionne la dégénérescence cancéreuse. Le tissu cellulaire qui entoure le vagin, la vessie, l'utérus, le rectum, est dur et squirrheux; le vagin est lui-même endurci, carcinomateux, couvert de végétations polyposo-cancéreuses, d'ulcérations profondes, irrégulières; ses parois sont détruites, et communiquent ou à la vessie ou au rectum; des espèces de zones squirrheuses rétrécissent son diamètre. Le col de l'utérus est détruit par l'ulcération, et quelquefois l'utérus lui-même est tellement altéré qu'on a peine à le reconnaître; il paraît presque entièrement converti en matière encéphaloïde; enfin tous les organes voisins participent plus ou moins à cette affreuse dégénérescence. Un putrilage épais, fétide, lie de vin, recouvre la surface de toutes les parties ulcérées.

QUATRIÈME SECTION.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE ET CIRCULATOIRE, OU DES ORGANES QUI CONCOURENT A LA RESPIRARION ET A LA CIRCULATION; MALADIES DE LA POITRINE.

§ I. *Diagnostic des maladies des voies aériennes.*

L'organisation délicate du poumon, sa texture éminemment vasculaire, son action pour ainsi dire continuelle, sans interruption, l'exposent à des maladies fréquentes et nombreuses; son importance dans l'entretien de la vie, son indispensable néces-

sité, rendent ces maladies des plus dangereuses qui puissent frapper l'espèce humaine. Toutes cependant ne présentent pas la même gravité, elles diffèrent donc sous le rapport du pronostic; toutes n'exigent pas non plus le même traitement: ce peu de mots doit suffire pour faire sentir l'importance de les distinguer les unes des autres. Celles qui vont principalement attirer notre attention sont le croup, la coqueluche, l'œdème de la glotte, le catarrhe, la pneumonie, la pleurésie, la pleurodynie, les tubercules et autres productions accidentelles, l'œdème et l'emphysème du poumon, l'hydrothorax, l'hémoptysie, l'asthme, l'angine de poitrine.

Croup.

En traitant des angines des voies digestives, nous avons cru devoir rapprocher les unes des autres des affections que la nature ne sépare pas souvent, et qui d'ailleurs offrent des points de ressemblance multipliés. Mais il est quelques maladies qui par leur gravité méritent une attention sérieuse et spéciale; et le croup, si commun à l'enfance, rare chez l'adulte et le vieillard, est de ce nombre. Nous avons dit que, d'après les intéressantes recherches de M. Bretonneau, cette maladie ne différait pas de l'angine maligne, et nous avons dû donner une description générale de cette affection. Mais la laryngo-trachéite avec exsudation diphthérique, ayant des signes propres, présentant un danger imminent, et méritant un traitement particulier, exige que nous entrions dans quelques détails à son sujet. Il est rare que la maladie soit bornée aux voies aériennes: les parties voisines y participent souvent; souvent aussi il existe diverses complications. Le croup commence, comme toutes les inflammations laryngo-trachéales, avec les apparences insidieuses d'un simple catarrhe: une toux légère, sèche, rauque ou aiguë, accompagnée ou non de coryza, avec ou sans appareil fébrile, est le premier symptôme qu'on observe. Le cou est quelquefois douloureux à la pression et légèrement gonflé; on ne distingue aucune trace d'inflammation vers le pharynx ou les amygdales. Au bout d'un, de deux ou de trois jours, rarement davantage, et rarement moins, on observe de légères quintes, courtes, caractérisées par des secousses rapprochées d'une toux sèche, sonore, rauque ou sifflante, discordante, présentant des différences d'intonation qu'on ne peut pas décrire. Chaque inspiration est suivie d'un sifflement remarquable, et même, dans les intervalles des quintes, on entend un frémissement semblable à celui que produirait l'air en traversant un tube d'airain. Il existe de l'essoufflement et un sentiment de strangulation très-prononcé. Le larynx, la trachée-artère, les parties situées sous le sternum, sont douloureux; la voix est enrouée, faible, basse et quelquefois éteinte. La face est sensiblement bouffie, pâle ou colorée; les lèvres sont légèrement violettes. Le malade est triste et assoupi. Les efforts de la toux déterminent parfois de vomissement. La respiration est fréquente ainsi que la circulation; mais si le vomissement expulse quelques concrétions pseudo-membraneuses, ou simplement du mucus épais ou glaireux, la respiration devient plus facile, le malade est moins triste. Lorsque la guérison a lieu, les quintes de toux s'éloignent peu à peu, sont moins prononcées; elles peuvent être suivies de l'expulsion de fausses membranes, et la convalescence s'établit vers la fin du premier septenaire, et dure au-delà du quinzième jour. Il est possible que la fausse membrane soit usée et détruite par l'absorption. On a observé plusieurs fois des rechutes mortelles après l'expulsion des concrétions albumineuses. Dans le cas où la maladie doit se terminer par la mort, les accidents s'aggravent au bout de peu de jours. La toux conserve les mêmes caractères, mais elle est rare, moins sonore, elle peut même cesser entièrement; l'aphonie est complète, le clangor plus fort, plus prononcé; la respiration est très-gênée, très-fréquente; la suffocation imminente. Le stéthoscope ne donne aucun signe particulier, il rend seulement les bruits plus intenses; le pouls est petit, fréquent, irrégulier et même intermittent. La somnolence, la suffocation augmentent de plus en plus. Le malade semble devoir expirer à chaque effort respiratoire; il s'agite, se relève sur son séant, descend quelquefois de son lit, court, et tombe bientôt dans un accablement profond. Les muscles inspirateurs, les ailes du nez sont dans un état de contraction et d'agitation convulsives. La face est violette; les yeux saillants, renversés; la peau couverte d'une sueur froide, et le malade est enfin délivré par la mort des plus affreuses angoisses de la suffocation.

A l'ouverture du corps on trouve dans le larynx, la trachée, et même dans les bronches, des fausses membranes analogues à celles que nous avons déjà décrites. La concrétion peut n'occuper que la glotte et se présenter sous forme de petites plaques adhérentes, et en apparence recouvertes par l'épithélium; dans le larynx ces plaques sont adhérentes, mais ne sont pas recouvertes par cet épiderme; cette membrane se prolonge dans la trachée, et même dans les bronches, sous forme de tube, ou simplement sous forme d'une lame appliquée sur l'une des faces de la trachée. Cette concrétion est blanche, jaune, grise, opaque, plus ou moins dense, quelquefois d'une grande mollesse, plus ou moins épaisse, adhérente ou flottante; elle est recouverte d'un mucus puriforme, ordinairement à sa surface libre, et aussi à sa surface contiguë; elle est souvent tachetée de points rouges sur cette dernière surface; elle est visiblement composée d'une espèce de réseau clair, renfermant de petits flocons arrondis. La membrane muqueuse de la glotte et de l'épiglotte est rouge et boursoufflée; le larynx est parsemé de petites taches rouges, disposées en bandes longitudinales; dans quelques cas la membrane muqueuse n'est pas rouge.

La fausse membrane n'occupe pas toujours le larynx, elle peut être bornée à la trachée-artère. On a distingué cette maladie du croup, parce que la voix n'est pas croupale, et que le danger qu'elle présente est moins grand. Ces raisons ne nous paraissent pas suffisantes pour séparer du croup cette variété, qui n'est fondée que sur le siége un peu différent de l'altération locale. Le croup trachéal n'offre pas tout-à-fait les mêmes caractères fonctionnels que le croup laryngé; la voix est basse, mais il n'existe pas d'aphonie complète, ni d'enrouement; l'appareil fébrile est ordinairement très-développé dès le principe; la respiration est gênée, mais beaucoup moins suffocante que dans le croup du larynx; les sifflements, les bruissements, le clangor, ne se font pas entendre. La toux devient humide comme dans le catarrhe; on entend une espèce de râle. Vers la fin de la maladie, les malades rejettent des lambeaux de fausse membrane tubulés, et la convalescence s'établit après leur expulsion. Le croup peut occuper les divisions des bronches; la respiration est alors très-gênée, mais la voix n'est pas croupale: les fausses membranes rejetées par les malades sont ramifiées. Ces deux derniè-

res espèces du croup peuvent passer à l'état chronique.

Il est une maladie à laquelle on a donné le nom d'*asthme aigu*, dont on connaît peu la nature, et qui ressemble tellement au croup qu'on la confond fréquemment avec lui. On prétend qu'elle est nerveuse, parce qu'on n'a jusqu'ici trouvé aucune altération organique qui puisse expliquer les troubles fonctionnels qu'elle occasionne; nous ne l'avons jamais observée.

Voici les caractères qu'on lui attribue: Le soir, la nuit, ou le matin, l'enfant est pris tout-à-coup d'une toux fort analogue à celle du croup; elle est sèche, sonore, rauque, sifflante, ressemble aux aboiements d'un chien; la suffocation est imminente, elle semble occasionnée par la présence d'un corps étranger. La frayeur et les cris que le malade veut pousser ajoutent à son anxiété. La face est rouge, les yeux brillants, la respiration accélérée, ainsi que le pouls; la peau chaude, etc. Vers la fin de l'accès, la face est pâle, violette; la peau couverte de sueur, comme dans la dernière période du croup. Les plus fortes quintes arrivent les premières, les suivantes sont moins graves; après deux ou trois quintes, tous les accidents disparaissent, ou bien la voix reste enrouée; il n'est pas rare d'observer aussi une espèce de sifflement analogue à celui du croup, mais qui persiste moins. Les accidents se dissipent pour reparaître la nuit suivante avec moins d'énergie; il n'existe d'ailleurs aucun appareil fébrile. Plus tard la toux est moins sèche, elle s'humecte; les quintes deviennent plus courtes; le sifflement est remplacé par le râle muqueux, et cette affection se termine comme un rhume simple, vers la fin de la première ou de la seconde semaine. Cette maladie se distingue du croup véritable en ce qu'elle commence subitement, sans prodrôme, par son plus haut degré de violence; en ce qu'il n'existe pas d'aphonie et de sifflement dans l'intervalle des accès; que ces accès se terminent en peu d'heures, et vont successivement en diminuant; qu'il n'existe pas de fièvre, d'assoupissement, de tristesse, etc.

Le croup proprement dit peut revêtir quelques nuances dues principalement à la constitution des des enfants affectés : il peut avoir le caractère fort inflammatoire, adynamique; quant au caractère gastrique, bilieux, muqueux, ataxique, il est dû sans doute à de véritables complications avec des irritations gastro-intestinales et encéphaliques. Au reste, le croup se complique avec la plupart des phlegmasies viscérales, et avec la rougeole, la variole, la scarlatine.

OEdème de la glotte; angine laryngée, œdémateuse.

L'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-muqueux de la glotte est encore un phénomène purement consécutif. Il peut survenir dans l'anasarque générale, mais on l'observe principalement à la suite des inflammations du larynx, du pharynx et des parties voisines, principalement chez des sujets dont les tissus sont lâches et mous, chez lesquels paraît prédominer le système lymphatique, et dont les phlegmasies prennent facilement la marche chronique. Les caractères fonctionnels de cette affection ne sont pas tellement distincts et clairs, qu'on puisse facilement la distinguer de toute autre. Les malades éprouvent une gêne, un malaise dans la région du larynx; il leur semble que des mucosités obstruent le passage de l'air, et ils cherchent à s'en débarrasser par de fortes expirations; la voix est altérée, rauque, basse, discordante; la sensation d'un corps arrêté dans le pharynx excite des mouvements de déglutition; il n'existe aucun trouble dans les autres fonctions. Bientôt ces symptômes augmentent; les efforts d'expectoration sont plus fréquents; les inspirations sont principalement difficiles, parce que le bourrelet œdémateux s'engage dans la glotte et en diminue l'ouverture. La respiration est légèrement bruyante; la voix devient plus rauque et s'éteint entièrement. Les fonctions éloignées n'éprouvent encore aucun dérangement sensible; le malade ne s'inquiète nullement sur son état, qui ne paraît pas plus grave au médecin inattentif. Mais après quelques jours un accès de véritable suffocation vient troubler cette tranquillité; de nouveaux accès succèdent aux premiers, se rapprochent, sont plus violents; dans les intervalles qui les séparent, la respiration n'est pas parfaitement libre. Le sommeil est bientôt interrompu par les angoisses de suffocation; l'appétit diminue, le pouls est petit et irrégulier. Nous ne décrirons pas les symptômes de l'affreuse anxiété que le malade éprouve, et dont il n'est délivré que par la mort, après un temps plus ou moins long d'horribles souffrances et de désespoir. La percussion et l'auscultation ne donnent que des signes négatifs; mais cela même, et l'absence d'autres maladies du larynx et de la trachée, doit faire soupçonner l'œdème de la glotte. M. Thuillier, médecin de Limoges, a proposé, dans sa dissertation inaugurale, d'explorer la glotte au moyen du doigt indicateur; on reconnait, par ce moyen, un bourrelet saillant et mou qui ferme l'ouverture de la glotte: c'est le signe pathognomonique de cette maladie.

L'angine œdémateuse se termine ordinairement par la mort, soit dans un accès de suffocation, soit dans un moment de rémission et de calme apparent. On trouve à l'ouverture du corps un bourrelet mou, infiltré, jaunâtre, grisâtre, qui ferme presque entièrement l'ouverture de la glotte, qui doit y pénétrer par l'entrée de l'air, et en être chassé par sa sortie. Cette infiltration est assez consistante, tenace, comme identifiée avec le tissu cellulaire sous-muqueux; la pression la déplace difficilement. On trouve ordinairement des traces d'inflammation chronique dans les organes environnants.

Les signes que nous avons exposés doivent suffire pour faire distinguer cette maladie de toutes les angines inflammatoires, des maladies dites nerveuses des voies aériennes, et plus encore des phlegmasies du poumon et de ses maladies chroniques.

Coqueluche.

La coqueluche est une inflammation spécifique des organes respiratoires. Je dis des organes respiratoires, parce que, si la maladie a plus souvent son siége dans la division des bronches, les ouvertures de corps que j'ai faites m'ont prouvé que les poumons et les plèvres n'étaient pas moins souvent enflammés; que, si ce sont là des complications, elles sont au moins très-fréquentes. Je dis aussi une inflammation spécifique, 1°, parce qu'elle présente des expressions fonctionnelles particulières; 2°, parce qu'elle se transmet par contagion. Les faits dont j'ai été témoin ne me permettent pas de douter de cette dernière assertion. Dans les cas dont je parle, il eût été impossible d'attribuer la maladie à une cause générale, à l'influence de laquelle plusieurs personnes auraient été soumises. Une famille nombreuse arrive à la campagne au printemps dernier; elle trouve les enfants du jardinier de la maison ayant la coqueluche; d'abord un enfant âgé de quatre ans, qui jouait souvent avec l'enfant malade, contracte la coqueлу-

che au bout de quelques jours. Les autres enfants, qui ne communiquaient pas avec ceux du jardinier, n'avaient pas encore cette maladie; mais, après quelques jours, l'une des deux filles qui jouait le plus souvent avec son frère, déjà frappé, contracte la maladie; la dernière, qui communiquait avec la jeune sœur et peu avec son frère, en est affectée un peu plus tard; la mère, qui tenait souvent cette dernière sur ses genoux, est aussi atteinte de la maladie; enfin le père, et tous les domestiques qui avaient des relations avec les enfants, en sont successivement affectés. Dans la maison, et autour de la maison, les enfants et les personnes qui ne communiquaient pas directement avec les malades furent exempts de la maladie.

Les premiers symptômes de la coqueluche sont ceux du catarrhe et par conséquent très-obscurs. Elle s'annonce, en effet, pas de légers frissons, du larmoiement, la rougeur des yeux, la bouffissure du visage, et peu de réaction fébrile. La toux revient par quintes assez fréquentes et présente un caractère qui lui est propre, et difficile a décrire; elle est plus éclatante, plus sonore que la toux ordinaire; elle n'est suivie d'aucune expectoration, même chez l'adulte; à peine quelques crachats filants, limpides, sont-ils expulsés avec difficulté. La partie antérieure du cou est quelquefois douloureuse; il existe de la tristesse, de l'abattement, de l'inappétence; mais le malade n'accuse aucune souffrance. Les quintes de toux deviennent plus fréquentes après huit ou dix jours, surtout pendant la nuit; une démangeaison irrésistible dans le larynx ou la trachée excite la toux; les inspirations et les expirations ne s'achèvent pas, sont irrégulières; une inspiration longue, pénible et bruyante est suivie d'un grand nombre de secousses expiratoires: ces quintes sont accompagnées d'une grande anxiété. La respiration paraît interceptée par les efforts de la toux; la suffocation semble prochaine; la face est gonflée, violette; les veines jugulaires sont distendues, les yeux saillants et remplis de larmes; l'accès se termine par quelques inspirations longues et sifflantes; au bout de peu d'instants il recommence avec les mêmes caractères, et se termine par l'expulsion d'une matière filante, visqueuse, spumeuse, transparente, provenant des bronches ou de l'estomac; car il n'est pas rare que des efforts de vomissement se joignent à la toux; ces matières sont quelquefois parsemées de stries sanguinolentes. Au bout d'un certain temps, les efforts de toux sont fréquemment suivis de véritables épistaxis; le sang peut même s'échapper par les yeux et par les oreilles. Tous les efforts de la respiration provoquent les quintes; chez les enfants ce sont les cris, les pleurs; après une course, un exercice un peu fort, après le repas, la toux est ordinairement plus violente: ces accidents varient suivant l'intensité de l'affection. Le cylindre ne fait reconnaître autre chose qu'un léger râle muqueux. Les phénomènes généraux sont ordinairement peu prononcés; on observe cependant, dans certains cas, un appareil de réaction plus ou moins fort. La maladie peut rester stationnaire pendant un temps indéterminé, en général fort long, quels que soient les soins que l'on donne aux malades. Enfin les accès diminuent de nombre et de violence; la toux perd de son caractère, elle est suivie d'une expectoration de matière plus épaisse; les quintes s'éloignent de plus en plus, cessent pendant plusieurs jours, se réveillent pourtant par la moindre cause, et souvent, après un, deux et trois mois, il peut survenir encore de véritables quintes de coqueluche.

La marche de cette maladie est continue, sa durée est de deux à trois mois plus ou moins; elle peut être très-intense, et se terminer par la mort. Les complications fréquentes qui surviennent causent très-souvent aussi une terminaison funeste. Telles sont les congestions cérébrales, les convulsions, la méningite, l'encéphalite, la gastro-entérite, et toutes les affections aiguës des poumons.

Les ouvertures de corps m'ont fait reconnaître des traces de la bronchite, de la pleurésie, de la pneumonie. M. Guersent a trouvé constamment la rougeur des bronches; Laennec, la dilatation des derniers rameaux bronchiques, mais ce n'est évidemment là qu'un effet consécutif; M. Breschet, la rougeur extérieure des nerfs de la huitième paire dans deux individus.

Catarrhe pulmonaire, bronchite.

L'importance puérile que certains auteurs minutieux et diffus attachent à la moindre différence anatomique ou fonctionnelle dans les maladies, n'est pas seulement une chose risible, mais elle occasionne, pour le lecteur, une consommation de temps d'autant plus regrettable, qu'elle est sans le moindre avantage pour son instruction. Ces réflexions nous sont suggérées par la lecture de quelques ouvrages modernes d'écrivains verbeux qui se complaisent dans des détails surabondants, détails qui ne peuvent être d'aucune utilité pour ceux qui n'ont rien vu, et qui sont bien moins utiles pour ceux qui, ayant observé quelques malades, ont eu cent occasions de voir bien plus encore que ces auteurs ne pourront jamais décrire.

On ne doit donc s'attacher à présenter que les points véritablement intéressants des maladies, en laissant au lecteur le soin peu fatigant d'y rattacher les variétés secondaires.

Le catarrhe pulmonaire, auquel on a donné le nom de bronchite, bien que dans certains cas l'inflammation occupe la trachée-artère et remonte jusqu'au larynx, se présente sous plusieurs formes. Il peut être tellement léger qu'il ne constitue pas une maladie, c'est un *rhume* simple qui ne mérite pas une description particulière. Il peut présenter d'ailleurs tous les degrés d'intensité; il peut affecter la marche aiguë et la marche chronique.

L'inflammation des bronches à un certain degré d'intensité s'annonce par les phénomènes précurseurs communs à toutes les phlegmasies. Bientôt le malade éprouve une douleur générale et profonde dans le thorax, une chaleur sous-sternale, une toux fréquente, sans expectoration d'abord, à moins qu'il n'y soit sujet; de la difficulté à respirer, et un appareil de réaction proportionné à l'intensité de la phlegmasie. A la vérité ce sont là les expressions fonctionnelles de la plupart des inflammations des organes respiratoires, et cependant la maladie dont nous parlons se distingue des autres avec la plus grande facilité, ce qui est dû au caractère même de ces divers symptômes. Ainsi nous verrons que la toux ne ressemble à aucune de celles que nous avons déjà decrites: elle n'est pas rauque, sifflante, striduleuse comme dans le croup; elle n'a pas lieu par quintes férines comme dans la coqueluche; la difficulté de respirer est moindre que dans les maladies du larynx; la douleur est plus générale, plus profonde, plus sternale que dans la pneumonie, la pleurésie, la pleurodynie, etc. Ainsi, bien que ce soient des modifications morbides des mêmes fonctions et des mêmes organes, elles diffèrent assez entre elles pour pouvoir être distinguées. Lorsque le malade tousse,

une espèce de déchirement, une douleur vive, ordinairement accompagnée de chaleur, se fait sentir sous le sternum. La toux peut cependant avoir lieu quelquefois sous forme de quintes, et dans ce cas occasionner vers la face la congestion que nous avons déjà décrite. L'épigastre, les muscles abdominaux, fatigués par la toux, sont douloureux, souvent même à la pression. Lorsque l'expectoration est difficile, il n'est pas rare que les malades vomissent. Ces efforts de toux ne sont suivis d'aucun résultat dans le principe de la maladie, mais au bout de peu de jours ils produisent l'expulsion de crachats filants, visqueux, transparents, et d'autant plus tenaces que l'irritation est plus prononcée; ils sont quelquefois striés de sang. Les quintes se reproduisent en raison de la violence de l'inflammation; elles reviennent fréquemment et par la moindre cause, telles que les efforts de respiration, l'exercice, l'action de parler, de rire, de pleurer, etc., et surtout par l'impression du froid; elles affectent une espèce de périodicité, ou sont tout-à-fait irrégulières; elles laissent après elles des douleurs de tête, de l'oppression, de l'accélération dans le pouls, et une fatigue générale. La difficulté de respirer est ordinairement moindre, avons-nous dit, que dans la plupart des autres affections thoraciques; il est cependant des cas où cette oppression est telle que la suffocation est imminente, et que même elle produit la mort; mais ce sont là des cas exceptionnels. Les matières expectorées méritent la plus grande attention de la part du médecin; leur quantité, leur consistance, leur couleur, leur saveur, leur odeur, enfin toutes leurs qualités physiques servent beaucoup à préciser l'état de la maladie, ses périodes, son intensité, etc. : ainsi, dans le début, les crachats sont d'abord nuls, au bout de peu de jours, diaphanes, plus ou moins visqueux, et même poisseux; cette consistance donne la mesure de l'intensité de l'inflammation. Vers la fin de la première semaine, la matière expectorée devient plus épaisse, plus opaque; elle est jaune, verdâtre; la toux n'est plus sèche; les crachats, bien formés, bien agglomérés, sont rendus avec facilité. Ces phénomènes peuvent persister pendant quinze, vingt ou trente jours, après quoi l'abondance des matières expectorées diminue; elles reprennent leur transparence, enfin toutes leurs qualités physiologiques. En même temps la douleur, la chaleur thoraciques ont aussi diminué; les efforts de toux se sont éloignés, sont devenus moins pénibles, moins douloureux, et les symptômes généraux ont graduellement disparu. Dans le moment de la plus grande violence de la maladie, les crachats peuvent être d'une extrême abondance, ils peuvent aussi présenter une insupportable fétidité; mais c'est principalement dans le catarrhe chronique que ces symptômes s'observent. La percussion fait reconnaître que le thorax rend un son clair dans toute son étendue. Le cylindre donne la sensation d'un sifflement, d'un râle sec, sonore dans le principe, et plus tard du râle muqueux. La respiration se fait en général entendre partout, mais elle cesse quelquefois momentanément dans certains points, ce qu'on doit attribuer, ainsi que nous l'avons dit déjà, à l'obstruction des rameaux bronchiques par l'accumulation des matières muqueuses. Les symptômes généraux sont ceux de toutes les inflammations: ils sont plus ou moins forts, suivant l'intensité du catarrhe; ils augmentent dans les paroxysmes. Cette maladie se termine ordinairement par résolution; elle peut aussi occasionner la mort. A l'ouverture des corps, la membrane muqueuse bronchique est ordinairement rouge, par points, par stries, ou d'une manière générale; la couleur est ordinairement plus foncée dans la division des bronches; elle diminue en remontant vers le larynx. La membrane est souvent épaissie, rosée, boursouflée et comme mamelonnée; mais cette dernière apparence appartient principalement au catarrhe chronique; les divisions bronchiques renferment une certaine quantité de liquide semblable à celui qui a été expectoré pendant la vie, et cela dans une grande profondeur.

A la suite du catarrhe aigu, et souvent aussi d'une manière primitive, se montre le catarrhe chronique. Comme dans toutes les phlegmasies qui ont cette marche, les symptômes sont moins prononcés; des crachats *glaireux*, filants, *séreux*, ou muqueux, opaques, consistants, distincts, ou puriformes et diffus, sont expectorés avec plus ou moins de difficulté; ils sont précédés d'une toux fatigante, qui peut offrir d'ailleurs toute sorte de caractères, et accompagnés de difficultés de respirer. La douleur thoracique est peu prononcée, une barre se fait sentir à l'épigastre; les phénomènes généraux sont presque nuls : cependant l'abondance de l'expectoration entraîne assez souvent le marasme et la mort.

Les crachats glaireux, ou séreux et diaphanes, peuvent être très-abondants; ils nous paraissent être, dans la plupart des cas, le résultat d'une simple exhalation augmentée, et dans ces cas, nous avons toujours trouvé qu'ils étaient consécutifs d'une maladie du cœur, lorsque le poumon ou les bronches n'étaient pas affectés : nous pouvons même affirmer que cette exhalation bronchique est un des premiers signes et l'un des plus certains de l'existence d'une affection du cœur chez les vieillards. Il n'existe pas de palpitations, pas de dérangement dans le pouls, et déjà la respiration est gênée, et l'exhalation bronchique est augmentée. Cette espèce d'exhalation n'est nullement le signe d'une bronchite; et lorsque dans ce cas on trouve la rougeur et l'injection des bronches, cette injection et cette rougeur sont des effets purement mécaniques de la stase du sang dans ces parties, favorisée par la difficulté de la circulation. Il y a au contraire véritablement phlegmasie lorsque les crachats sont épais et opaques, et surtout lorsqu'ils sont jaunes, ternes, diffus, purulents en un mot; alors les bronches sont rouges, boursoufflées, et *souvent* ramollies et réduites en une espèce de pulpe qui se détache facilement. C'est cette espèce de catarrhe qui conduit le plus ordinairement au marasme et à la mort, et que l'on peut confondre avec la phthisie pulmonaire. L'absence de pectoriloquie et l'âge ordinairement avancé du malade sont les seuls signes qui font reconnaître que cette dernière maladie n'existe pas.

A la suite du catarrhe chronique on trouve une multitude d'altérations pathologiques : d'abord, la rougeur infiniment variée des bronches de la trachée-artère; quelquefois la pâleur de ces parties, l'épaississement de la membrane muqueuse. Lorsque l'exhalation bronchique est consécutive d'une maladie du cœur, les bronches sont quelquefois presque noires. On les trouve ulcérées, perforées même de dedans en dehors *et vice versâ*. Leur diamètre est augmenté d'une manière uniforme ou inégale; il peut être diminué; leurs parois sont épaissies ou amincies; plusieurs de ces altérations peuvent être reconnues dans le vivant. La dilatation partielle des bronches peut produire la pectoriloquie, lorsqu'elle est portée à un certain degré; elle occasionne un souffle remarquable dans un grand nombre de cas.

Bronchorrhée.

Il ne répugne nullement d'admettre que par une disposition organique particulière, qui est souvent la suite d'une phlegmasie qui a disparu, ou par une espèce d'*habitude vicieuse*, l'exhalation bronchique ne puisse être considérablement augmentée; mais si je m'en rapporte à mes recherches nécroscopiques, cette exhalation est toujours due à une maladie des organes de la circulation, qui ne s'annonce souvent que par ce phénomène. Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont négligé de chercher cette cause organique, qu'ils auraient sans doute rencontrée presque constamment.

Pneumonie.

L'inflammation du poumon est une maladie sérieuse et fréquente, et qui par ces motifs réclame toute l'attention du médecin. C'est aussi peut-être celle de toutes les maladies où éclate de la manière la plus frappante toute la puissance de l'art.

La pneumonie ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères. Elle est étendue ou bornée, simple ou double, aiguë ou chronique, hypersthénique ou hyposthénique; enfin elle se montre avec tous ses signes, avec quelques-uns seulement, ou bien enfin elle est entièrement latente. Dans son état simple et régulier, ordinairement après un frisson plus ou moins intense, le malade éprouve une douleur de côté, plus profonde, plus gravative que dans la pleurésie, n'augmentant pas par la pression, peu par l'inspiration, davantage par l'expiration; cette douleur est, à la vérité, plus manifeste lorsqu'il existe en même temps pleurésie; mais cette circonstance n'est pas nécessaire à son existence. On observe une toux plus ou moins fréquente, pénible, douloureuse, qui s'offre rarement sous la forme de quintes; elle est sèche dans le commencement, où le malade n'expectore rien ou tout au plus quelques crachats bronchiques indépendants de la pneumonie. La dyspnée est ordinairement grande, mais, ainsi que les symptômes précédents, elle varie beaucoup suivant les individus; elle est en général en rapport avec l'étendue de l'inflammation. La face est colorée, la peau chaude, le pouls fort, fréquent; la langue blanche, la soif vive, les urines rouges et rares; enfin il existe tous les symptômes d'une violente inflammation. Si l'on percute le malade à cette époque, le son qu'on obtient est encore clair dans toute l'étendue de la poitrine, même à l'aide de la percussion médiate; mais si l'on applique l'oreille sur le thorax, on peut entendre déjà le râle crépitant; le murmure respiratoire est encore sensible partout. Dès le deuxième jour, et rarement après le troisième, la toux est suivie de l'expectoration d'une matière visqueuse très-tenace, très-adhérente aux parois du vase. Les crachats sont quelquefois diaphanes, légèrement écumeux; mais le plus ordinairement ils sont sanguinolents, rosés, rouges uniformément, et non sous forme de stries, rutilants, plus ou moins abondants; ils sont souvent rendus avec douleur, peu abondants, d'autres fois leur quantité est considérable; elle doit être, dans le cas régulier, d'une à deux onces par jour; leur quantité plus ou moins grande n'est pas d'un bon augure. Ils peuvent être encore jaunes, safranés, verdâtres, suivant la quantité de sang qu'ils contiennent. Il est en général favorable qu'ils soient peu colorés. A mesure que l'inflammation fait des progrès, les phénomènes locaux et généraux augmentent d'intensité. La difficulté de respirer se prononce de plus en plus; la toux est plus fréquente, l'expectoration plus pénible, plus douloureuse; les crachats plus abondants, plus sanguinolents, plus visqueux. A cette époque le son rendu par la percussion commence à devenir plus obscur; c'est surtout au moyen du plessimètre de M. Piorry qu'on peut apprécier cette différence de son. La respiration se fait moins entendre, elle est plus forte que dans l'état naturel dans les portions saines du poumon; le râle crépitant est moins sensible, il est souvent remplacé par le râle muqueux. Les phénomènes fébriles ont suivi la même marche, ils se sont développés d'une manière proportionnée. Le décubitus a lieu sur le côté malade, mais plus souvent sur le dos; enfin, vers le quatrième ou cinquième jour, quelquefois plus tôt, rarement plus tard, la pneumonie a atteint son plus haut degré d'intensité; le son est complètement mat, le bruit respiratoire nul : cependant M. Andral prétend qu'on entend l'air pénétrer fortement dans les bronches, et s'arrêter à leurs premières divisions. Les côtes se meuvent encore, mais la respiration *vésiculaire* est suspendue. Si la maladie doit se terminer par résolution, après quelques phénomènes appelés critiques, tels qu'une sueur plus ou moins abondante, etc., ou sans ces phénomènes, tous les symptômes suivent une marche rétrograde; ils semblent passer par les mêmes phases qu'ils ont déjà parcourues pour arriver à leur point le plus élevé. Dans quelques cas ils restent stationnaires pendant quelques jours, et diminuent ensuite d'une manière plus ou moins rapide. A mesure que la respiration devient moins gênée, la toux moins fréquente, les matières expectorées plus rares, moins sanglantes, purement muqueuses, quelquefois opaques, le son redevient clair, la respiration se fait entendre de nouveau, ainsi que le bruit de crépitation; enfin les phénomènes fébriles diminuent dans le même rapport, et la convalescence se déclare. Le cylindre prouve cependant qu'il reste encore, pendant un temps plus ou moins long, un engorgement dans le poumon, car le murmure d'inspiration ne se rétablit qu'après que tous les signes fonctionnels ont disparu. Il n'est pas rare d'observer aussi une certaine fréquence dans le pouls pendant la convalescence. Tels sont les cas les plus simples.

Lorsque la maladie doit se terminer d'une manière funeste, les accidents, au lieu de diminuer, persistent et augmentent d'intensité. La difficulté de respirer devient plus grande; la toux est fréquente, douloureuse, pénible; les crachats sont supprimés, ou bien ne sont pas en rapport avec la violence des accidents; ils sont excrétés avec peine; ils sont bruns, noirs, lie de vin, opaques, gris cendré, jaunâtres, etc.; la douleur de côté a disparu, mais le son est complètement mat dans une grande étendue du thorax; la respiration ne se fait plus entendre, mais les matières muqueuses s'amassent dans les bronches, on entend le râle trachéal. La face est jaune autour des lèvres, du nez, des yeux; les pommettes sont colorées; le délire s'empare du malade; une sueur visqueuse couvre le front, la face et tout le corps; la peau est chaude ou froide; le pouls petit, fréquent et mou; le décubitus a lieu sur le dos; la bouche est remplie de mucosités fuligineuses que le malade ne peut expectorer; la langue est noire, la déglutition difficile et bruyante; les déjections sont involontaires, et le malade ne tarde pas à mourir dans une espèce d'asphyxie.

Aucun signe n'annonce d'une manière positive que la pneumonie se termine par suppuration. On

ne peut savoir par conséquent si cette terminaison peut être suivie du retour de la santé, ou si elle est toujours mortelle. Toutes les fois que des crachats opaques, purulents, ont succédé à une péripneumonie aiguë, j'ai vu périr les malades.

L'odeur fétide, évidemment gangréneuse, des matières expectorées et la prostration extrême des forces doivent faire reconnaitre la terminaison par gangrène.

On a beaucoup parlé de la pneumonie chronique; on a dit qu'on l'observait fréquemment chez les vieillards; cette forme de l'inflammation du poumon est bien plus rare qu'on ne croit; il n'est pas commun qu'elle succède à l'état aigu; plus ordinairement elle est primitive. Elle est quelquefois entretenue par une maladie du cœur, et chez les sujets plus jeunes par des tubercules. Elle ne diffère de la précédente que par moins d'intensité dans les symptômes, mais principalement dans les symptômes fébriles, car pour les phénomènes locaux, ils sont quelquefois plus prononcés que dans l'état aigu. La percussion donne un son mat dans une plus grande étendue; la respiration ne se fait pas entendre. Les crachats sont souvent rouges, et tout-à-fait sanglants. La durée de cette maladie est moins longue qu'on ne pense communément; elle se termine en général par la mort, au bout de deux ou trois mois. Lorsque la pneumonie chronique est entretenue par des tubercules, elle présente une physionomie différente. Les crachats sont alors clairs et visqueux.

Lorsque l'inflammation occupe les deux poumons, les phénomènes que nous avons décrits s'observent des deux côtés; la dyspnée est plus considérable, la suffocation est imminente, et le malade succombe en peu de temps. Si la pneumonie frappe un sujet jeune et pléthorique, on observe tous les symptômes d'une haute inflammation; la pneumonie est alors hypersthénique. Si elle attaque un sujet faible, les symptômes peuvent être dès le début ceux de la concentration ou de la prostration des forces; la pneumonie est hyposthénique.

Il arrive souvent que la pneumonie existe sans qu'on observe les phénomènes qui la caractérisent ordinairement; c'est la pneumonie latente, bien plus rare aujourd'hui, que nous possédons plus de moyens explorateurs, qu'elle n'était autrefois. Il peut arriver aussi que les symptômes de la pneumonie existent, et pourtant cette maladie n'exister pas, ainsi que nous en avons cité un exemple remarquable.

La pneumonie latente se manifeste souvent chez les vieillards, chez les idiots, enfin chez les sujets faibles et pourvus de peu de sensibilité. La douleur de côté est souvent nulle, ou bien les malades ne l'accusent pas; l'expectoration peut être supprimée, n'avoir jamais eu lieu, ou bien les crachats n'être pas sanguinolents. Dans ces conjonctures il est difficile de soupçonner une pneumonie : cependant l'altération des traits de la face, une légère dyspnée, un appareil fébrile très-prononcé et peu proportionné avec les phénomènes locaux, l'absence de toute autre affection qui puisse expliquer cet appareil de réaction, doivent porter le médecin à examiner le poumon par la percussion et par l'auscultation. Il est rare que ces deux moyens ne fassent par reconnaitre l'existence de la pneumonie. Il peut cependant arriver encore, 1°, que la percussion ne puisse être opérée, parce que l'embonpoint ou l'infiltration s'y opposent; 2°, qu'un épanchement dans le thorax en impose pour une hépatisation; 3°, que le son soit mat des deux côtés à la fois; 4°, que l'hépatisation occupe le centre ou la racine du poumon, etc.; 5°, que la respiration soit empêchée par toute autre cause que par l'hépatisation; 6°, enfin, que celle-ci soit circonscrite, profonde, et permette encore le bruit respiratoire. Il serait néanmoins fort extraordinaire qu'il existât assez de ces circonstances pour faire méconnaître la maladie.

Lorsque le malade succombe, le poumon est altéré de plusieurs manières. Si la mort a eu lieu dans les premiers jours de la maladie, la partie du poumon qui était le siége de l'inflammation est encore perméable à l'air; lorsqu'on la presse elle est encore crépitante, mais moins que dans l'état sain. Si on la coupe, elle est rouge, rutilante, brune, violette; un fluide sanguinolent, légèrement écumeux, s'échappe des parties divisées; si on veut la déchirer, la cohérence des molécules, leur ténacité est encore très-grande, on les sépare difficilement. Un peu plus tard, le poumon est moins crépitant; il est plus mou, se déchire avec plus de facilité; il est à peu près imperméable à l'air; il ressemble au tissu de la rate; il est splénisé. Plus tard encore, le poids du poumon est augmenté; il a cessé d'être crépitant, il est entièrement imperméable à l'air; en le coupant, on ne distingue plus aucune vésicule; il est mat comme un morceau de chair; la surface, divisée, paraît marbrée, elle est rouge, striée de noir et de gris; il s'en découle un fluide sanglant. Si on le déchire, il se divise avec facilité; la partie déchirée est visiblement granuleuse; la portion séparée se précipite au fond de l'eau. Cet état du poumon ressemble parfaitement, quoi qu'on en ait dit, au tissu du foie : il est peu de comparaisons aussi exactes que celle-là. Certes ces deux états ne sont pas identiques, mais on trouverait difficilement un rapprochement semblable. De toutes les comparaisons admises journellement par les gens qui rejettent celle-ci, il n'en est aucune qui donne une idée plus nette de l'objet qu'on veut faire connaître. La consistance n'est pas la même sans doute, mais les apparences extérieures sont frappantes de ressemblance. Nous croyons donc que l'on doit conserver le nom d'*hépatisation*.

Lorsque la pneumonie se termine par suppuration, l'état que nous venons de décrire se modifie de telle sorte que la couleur rouge se convertit en gris. Un fluide vraiment purulent s'infiltre dans la substance du poumon, qui, dans cet état, offre encore moins de résistance que dans le précédent; il se déchire avec une telle facilité, que la moindre pression produit des cavités qui se remplissent de pus, et qu'on pourrait prendre pour des abcès. Lorsqu'on déchire un poumon hépatisé de la sorte, il présente aussi un aspect grenu. Lorsqu'on le coupe, il s'échappe un fluide épais, grisâtre, purulent, sanguinolent, etc. On a vu de véritables abcès dans le parenchyme pulmonaire, mais ces faits sont encore très-rares.

Lorsque la pneumonie s'est terminée par gangrène, le poumon offre des plaques désorganisées, blanches, grisâtres, noires, verdâtres, très-fétides, exhalant l'odeur propre à la gangrène, se déchirant avec la plus grande facilité, laissant le poumon irrégulièrement ulcéré, hépatisé dans les points de contact, etc.

Dans la pneumonie chronique, on trouve le poumon *endurci* et présentant la couleur rouge ou grise.

Lorsque la pneumonie se résout, ce que nous avons pu observer lorsqu'un individu succombait, pendant sa convalescence, à une maladie étrangère, la portion enflammée diminue de volume, reprend

de la souplesse, de la crépitation, de la résistance; sa couleur est verdâtre, brune, noire, facile à distinguer de la gangrène à sa résistance, à l'absence de la fétidité, etc.

On peut observer dans le même poumon presque tous les degrés de l'inflammation que nous venons de décrire. Une portion est hépatisée grise, une autre hépatisée rouge, une troisième splénisée, une quatrième crépitante, engouée. La plèvre est souvent recouverte d'une fausse membrane molle, peu adhérente; sa cavité contient quelquefois une légère quantité de sérosité.

Pleurésie.

La pleurésie est générale ou partielle, simple ou double, aiguë ou chronique; l'inflammation de la plèvre se déclare d'une manière subite ou graduelle; un frisson plus ou moins long et violent en signale le début, précédé ou non d'autres phénomènes morbides. Une douleur ordinairement vive et pongitive se fait sentir vers la région des mamelles ou sur d'autres points du thorax; elle est circonscrite ou diffuse; elle paraît quelquefois avoir son siége dans l'hypocondre et même dans les flancs; elle augmente par la percussion, par la pression entre les côtes, par l'inspiration, la toux, les efforts respiratoires, les mouvements du tronc, le décubitus sur le côté malade; elle est vive, continue ou rémittente; les malades redoutent de tousser ou respirer; elle est modérée, à peine sensible et même nulle; d'abord faible, elle devient plus violente après quelques jours; bientôt elle diminue et cesse complètement. La respiration est nécessairement gênée, les premiers jours, par la douleur, qui occasionne des inspirations incomplètes et une toux arrêtée dans son cours, et plus tard par l'épanchement. La dyspnée est d'ailleurs très-variable dans l'un et dans l'autre cas. La toux est sèche, comme imparfaite, fréquente, et quelquefois nulle. Lorsque vers la fin de la maladie elle est accompagnée de crachats muqueux, c'est qu'il existe en même temps complication de bronchite et d'une autre affection. La matière expectorée ne peut provenir de la plèvre que lorsqu'il s'est établi une communication entre cette cavité et les bronches; la fétidité extrême des crachats, leur odeur hydrophosphorique, alliacée, leur abondance après une pleurésie manifeste, doivent faire soupçonner cette communication, laquelle n'arrive guère que dans la pleurésie chronique. Le décubitus a lieu dans les premiers jours sur le côté sain, dans certains cas sur le dos, d'autres fois le malade se tient sur son séant. La dilatation du côté malade est moindre dans les actes respiratoires que du côté sain, ce qu'on doit attribuer encore à la douleur; la respiration s'entend moins au moyen du cylindre. La percussion ni l'auscultation ne fournissent d'ailleurs aucun signe bien clair dans les commencements de la maladie; ce n'est que lorsqu'il se forme une collection de liquides que ces moyens d'exploration fournissent des données utiles; et l'expérience nous a prouvé que ce n'était jamais dans les premiers jours. Lorsque l'épanchement est déjà assez considérable, le son rendu par la percussion est obscur, principalement vers les régions les plus déclives, ou dans les parties qui circonscrivent l'épanchement, lorsqu'il est partiel. Le bruit de la respiration diminue à mesure que la quantité de liquide augmente; il cesse complètement lorsque la cavité pleurale est entièrement remplie. Ces modifications dans la respiration sont susceptibles de quelques différences, suivant la position qu'occupe le poumon : ces différences sont peu importantes. Une respiration forte, une espèce de souffle qui se fait entendre dans les rameaux bronchiques, remplace quelquefois le bruit de la respiration, d'après M. Andral, qui attribue ce phénomène à ce que le poumon, comprimé, n'est plus perméable à l'air. Lorsque le malade parle, on entend l'égophonie, dont le caractère est d'ailleurs très-variable, et dont la signification est fort douteuse. Lorsque l'épanchement se forme, la douleur de côté diminue, devient gravative; la dypsnée se prononce davantage; la toux est petite, sèche, fréquente; elle augmente par le mouvement; le malade se couche sur le dos en inclinant vers le côté affecte; il suffoque s'il veut se coucher sur le côté sain. Le côté malade est bombé; les espaces intercostaux sont plus considérables de ce côté, qu'on trouve plus ample que l'autre, lorsqu'on le mesure, comme nous l'avons précédemment indiqué. Les téguments sont quelquefois infiltrés, rarement le bras correspondant.

La pleurésie est accompagnée de phénomènes généraux proportionnés à son développement. Elle peut avoir une marche très-rapide, se terminer en quelques jours par la mort ou par la résolution. Dans ce dernier cas les symptômes locaux et généraux diminuent avec plus ou moins de rapidité, et tout rentre dans l'ordre physiologique. Lorsqu'il existe un épanchement, il peut être résorbé; il peut s'établir une communication au-dehors, soit au moyen des bronches, soit à travers les parois du thorax.

On a décrit plusieurs variétés de pleurésie, suivant que l'inflammation occupait la plèvre costale pulmonaire, diaphragmatique, interlobaire, etc. Nous ne croyons pas ces distinctions très-importantes. La pleurésie peut d'ailleurs se compliquer avec toutes les maladies du thorax, et avec les phlegmasies abdominales et encéphaliques.

Lorsque le malade succombe, on rencontre des altérations très-variées. Si la mort a été prompte, la membrane est sèche, elle paraît rouge, injectée, mais les arborisations vasculaires occupent le tissu sous-jacent, et non la plèvre elle-même; d'autres fois cette membrane est elle-même le siége de l'injection, la rougeur est disposée en points, en plaques, en stries. L'épaisseur de la plèvre n'est pas augmentée, elle conserve même ordinairement sa transparence; quelquefois elle se détache avec facilité des parties auxquelles elle est adhérente. Dans les premiers jours, il ne se forme ordinairement aucune collection de liquide; mais plus tard la cavité pleurale contient un fluide séreux plus ou moins abondant, jaunâtre, clair, limpide, mais le plus souvent opaque, trouble, contenant des flocons albumineux qui se précipitent au fond. La quantité de ce liquide peut être telle qu'il refoule le poumon contre la colonne vertébrale, le diaphragme dans l'abdomen, le cœur sous le sternum, etc. Dans quelques cas, le liquide contenu présente l'aspect d'un pus véritable, ou d'apparence gélatineuse; il est alors contenu dans les aréoles d'un tissu morbide, spongieux, celluleux; il est rare que le fluide soit sanguinolent, du moins lorsqu'il n'existe aucune cause traumatique. La sérosité peut être rougeâtre et la membrane pénétrée, imbibée de la même couleur, lorsqu'il existe un commencement de décomposition. Les pseudo-membranes qui résultent de l'inflammation de la plèvre sont un phénomène très-digne d'attention. Dans les premiers temps, elles consistent en concrétions albumineuses, molles, sans résistance; plus tard elles prennent de la ténacité, elles s'organisent même; des vaisseaux se

forment, dit-on dans leurs mailles; mais il est plus probable qu'ils y arrivent par la membrane séreuse, à la manière des conferves, par une véritable végétation. La forme de ces membranes est très-variée; des brides, des linéaments, des lames, des points, des alvéoles, semblent être leur trame primitive; leur surface est lisse, polie, rugueuse. Des adhérences celluleuses s'établissent entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale, et donnent naissance à des espèces de réseaux inextricables. Toutes ces membranes finissent par acquérir une grande consistance lorsque le travail inflammatoire est depuis longtemps terminé. La couleur des fausses membranes est ordinairement la même que celle des liquides que les plèvres contiennent. Elles sont généralement fort épaisses, d'autres fois elles ne surpassent guère l'épaisseur de la plèvre. Plusieurs de ces tissus morbides peuvent être superposés; dans ce cas la dernière couche est toujours moins dense que celles qui avoisinent la plèvre. Ces fausses membranes peuvent se convertir, à la longue, en tissu fibreux et osseux : c'est ce que nous observons souvent chez les vieillards; chez les individus phthisiques, il y naît fréquemment des tubercules. Ces altérations morbides existent d'un seul ou des deux côtés; elles sont plus ou moins étendues, suivant que l'inflammation a elle-même été générale, locale, simple, double, bornée ou étendue. Le poumon, ordinairement refoulé par le liquide, cesse d'être crépitant; il est, en général, mou, sans hépatisation ni splénisation; sa *ténacité* est encore grande, il se déchire avec difficulté, il est petit, comprimé; il peut quelquefois reprendre son volume par l'insufflation.

La plupart des lésions que nous venons de décrire ne peuvent se former que lorsque l'inflammation passe à l'état chronique. La pleurésie chronique doit se soupçonner aux symptômes suivants : lorsqu'il a existé une pleurésie aiguë, tous les accidents ont diminué d'intensité, et ont persisté à un certain degré; on reconnait avec cela tous les signes d'un épanchement dans le thorax. D'autres fois la pleurésie a revêtu le caractère chronique dès le principe : ce cas est plus obscur; on peut cependant le reconnaître à l'aide de la percussion, de l'auscultation, et aussi par l'examen des modifications fonctionnelles. La respiration est généralement difficile, gênée; la gêne augmente par l'exercice, par les impressions morales et par tous les efforts des poumons. Les actes respiratoires sont plus fréquents et moins étendus; la toux est petite, sèche, fréquente; il existe d'ailleurs tous les signes d'un épanchement. La face est pâle, jaunâtre; le pouls est petit, fréquent, surtout le soir; la peau chaude; on observe en un mot tous les symptômes de la fièvre hectique. Lorsque l'épanchement est résorbé, le poumon ne reprend pas son volume; les côtes s'affaissent sur lui, le thorax est déprimé dans cet endroit.

Pleurodynie.

C'est ainsi qu'on a nommé le rhumatisme des parois du thorax. On reconnaît la pleurodynie à la douleur superficielle augmentant par une légère pression, par les mouvements du bras correspondant; quelquefois, lorsqu'elle est intense, par les efforts de toux et par les longues inspirations. Elle simule la pleurésie, mais la difficulté de respirer est moins grande. Il n'existe pas de toux sèche, à moins d'une complication, et surtout on n'observe pas de phénomènes de réaction. Si la pleurésie était portée au point d'occasionner une aussi vive douleur, il existerait un appareil frébrile très-prononcé.

Hémoptysie.

L'hémorrhagie pulmonaire n'est encore qu'un symptôme; rarement existe-t-elle seule, indépendante de toute lésion étrangère, et peut-elle être regardée comme une maladie idiopathique. Il importe donc de distinguer à quelle lésion organique elle appartient; mais il importe d'abord de constater l'existence de l'hémoptysie, et d'établir que le sang rejeté ne vient pas de l'estomac. La plupart de nos considérations générales sont applicables à l'hémoptysie; et ce que nous avons déjà dit de l'hématémèse, des hémorrhagies en général, du vomissement et du crachement de sang, doit singulièrement éclaircir le diagnostic de cet accident.

L'hémoptysie survient quelquefois tout-à-coup au moment où l'individu s'y attend le moins; elle se déclare par l'expulsion de quelques crachats sanglants; ordinairement elle est précédée de gêne, de pesanteur, d'anxiété, de tension, de chaleur dans la poitrine, dans le dos, entre les épaules, derrière le sternum; d'oppression; enfin de lassitudes, de refroidissement des extrémités, de fréquence du pouls, c'est-à-dire de tous les symptômes qui peuvent annoncer une congestion vers la poitrine. Bientôt le malade éprouve un bouillonnement pénible dans le thorax, preuve irrécusable de la présence du sang dans les divisions des bronches. La difficulté de respirer augmente, parce que l'air pénètre avec peine dans le poumon, où il produit un sifflement remarquable. Une saveur douceâtre ou salée, une titillation vive du larynx, annoncent que le sang va s'échapper. En effet, un effort de toux est bientôt suivi de l'expectoration d'une certaine quantité de ce fluide. S'il s'amasse en trop grande abondance dans les voies aériennes, l'anxiété est portée à un haut degré, et des mouvements presque convulsifs de resserrement du thorax chassent en dehors, avec violence, des flots de sang, qui s'échappent en même temps par la bouche et par le nez, et peuvent, en titillant la luette, provoquer le vomissement; les matières que l'estomac contient peuvent alors se mêler au sang; ce fluide peut aussi passer dans le pharynx, et être conduit dans l'estomac par la déglutition. La percussion donne un son clair dans toute l'étendue du thorax, mais on entend le râle muqueux. Lorsque l'exhalation sanglante est peu considérable, le sang peut être rejeté sans toux préalable. La quantité de sang perdu dans l'hémoptysie est infiniment variable. Il est en général vermeil, écumeux, sans mélange de matières étrangères; lorsqu'il a séjourné quelque temps dans les voies aériennes après avoir été exhalé, il peut être plus ou moins foncé, noir.

Les symptômes généraux sont ceux de toutes les hémorrhagies. Nous avons dit à propos de l'hématémèse comment on pouvait distinguer ces deux maladies, nous n'y reviendrons pas.

On reconnait que l'hémoptysie est idiopathique, l'effet d'une simple exhalation primitive, lorsqu'elle arrive sur un sujet auparavant bien portant, à poitrine large, bien conformée, et sur lequel peut avoir agi une cause directe, telle que des efforts de chant, de déclamation, des cris, le froid ou le chaud excessifs, la respiration de vapeurs âcres, etc. On reconnaît qu'elle est symptomatique de tubercules, etc., lorsqu'il existe quelques symptômes

de phthisie pulmonaire; qu'elle est consécutive d'anévrysme du cœur ou de l'aorte, aux signes qui caractérisent ces affections; qu'elle est supplémentaire d'une autre hémorrhagie ou des règles, lorsqu'elle survient à la suite de la disparition de ces hémorrhagies. L'hémoptysie est rarement critique. On doit admettre des hémoptysies avec hypersthénie, hyposthénie, et des hémoptysies moyennes; ce qu'on distingue par les phénomènes généraux qui les accompagnent. Enfin l'hémoptysie se reproduit fréquemment plusieurs fois dans le cours de la vie. D'après le siége de l'hémorrhagie, on a encore cherché à distinguer l'hémoptysie qui provient du larynx, de la trachée ou des bronches; mais ces distinctions sont loin d'être solidement établies. On a admis aussi des hémorrhagies bilieuses, sur la foi de Stoll. Nous pensons que ces assertions méritent d'être remises dans le creuset d'une expérience nouvelle.

Suivant les diverses circonstances que nous venons d'exposer, l'hémorrhagie des voies aériennes affecte une marche et une durée différentes, à peu près indéterminables d'une manière générale. On conçoit que le pronostic et le traitement ne sauraient être les mêmes.

Nous pouvons en dire autant des altérations organiques que l'on rencontre à sa suite. Lorsqu'il n'y a eu qu'une simple exhalation, la membrane muqueuse est plus ou moins rouge, violette, boursouflée; elle est encore teinte de sang, ou, au contraire, exsangue, pâle et décolorée. Lorsque l'hémoptysie est symptomatique ou consécutive, on trouve une multitude de lésions dont elle est l'effet et la suite; tels sont les tubercules, les ulcérations, les ruptures plus ou moins considérables des vaisseaux pulmonaires; les altérations du tissu du poumon par l'inflammation, la gangrène; toutes les productions accidentelles; la rupture de l'aorte ou d'un gros vaisseau dans la trachée-artère; l'hypertrophie ou l'anévrysme du cœur, etc.

Apoplexie pulmonaire.

Ce que nous avons dit de l'apoplexie pulmonaire à la page 92 est suffisant pour faire reconnaître cette maladie, d'ailleurs assez rare.

Tubercules pulmonaires, phthisie.

Les premiers symptômes que produisent les tubercules pulmonaires sont une toux sèche, ou accompagnée d'une expectoration glaireuse, filante; une oppression légère; des douleurs vagues dans la poitrine, principalement entre les épaules; une ou plusieurs hémoptysies. Ces symptômes persistent avec une certaine opiniâtreté, disparaissent pour revenir bientôt. Après un certain temps, les malades maigrissent et perdent de leurs forces. A cette époque, la percussion donne un son naturel dans toute l'étendue de la poitrine, et l'auscultation laisse entendre le murmure respiratoire : cependant on peut déjà redouter la présence des tubercules, car ces symptômes ne sont pas ceux d'une maladie aiguë, ils ne sont pas ceux du catarrhe chronique. Lorsqu'ils ont persisté pendant un temps plus ou moins long, d'autres phénomènes viennent se joindre à eux. Les alternatives de frisson et de chaleur se déclarent, des sueurs nocturnes surviennent, l'appétit se perd, la toux est fréquemment suivie de vomissement. Il est rare qu'on observe déjà du dévoiement, mais la maigreur et la faiblesse font dès lors des progrès sensibles. La toux devient plus fréquente, surtout la nuit; les crachats sont plus épais, ils sont striés de lignes jaunes, verdâtres, qui sillonnent une espèce de solution mucilagineuse; on y trouve quelquefois des concrétions, qu'on a comparées à du riz crevé par l'ébullition; vers la dernière période, les matières expectorées sont jaunes, vertes, grisâtres, diffuses au fond du vase. L'hémoptysie se répète fréquemment; la gêne de la respiration, les douleurs se prononcent de plus en plus; elles ont parfois le caractère pleurétique. L'auscultation fait reconnaître alors, dans un grand nombre de cas, une pectoriloquie plus ou moins parfaite, le râle muqueux, le gargouillement; la percussion ne rend souvent aucun son, quelquefois aussi elle fait entendre une résonnance plus grande que dans l'état normal. C'est à cette période de la maladie que les ulcérations de la trachée-artère, de l'épiglotte et du larynx, qui accompagnent si souvent la phthisie, décèlent leur présence par les symptômes qui leur sont propres. Le pouls est ordinairement fréquent, petit et mou; la peau est chaude, surtout à la tête, au cou, à la poitrine, à la paume des mains, à la plante des pieds; et ces parties sont souvent couvertes de sueur. La soif est vive; les efforts de toux sont suivis de vomissement; l'appétit décroît, ainsi que les forces; une diarrhée plus ou moins opiniâtre et abondante s'établit; la maigreur devient extrême; enfin la mort arrive dans le dernier degré de marasme ou de fièvre hectique, à moins qu'un accident n'enlève prématurément le malade. Tel est le tableau succinct des désordres que produit la phthisie pulmonaire, tableau que nous n'avons pas voulu interrompre par des réflexions, pour laisser une image plus frappante de cette terrible maladie.

Cette affection est presque toujours longue, et presque toujours aussi se termine d'une manière funeste : on a pensé, dans ces derniers temps, qu'elle pouvait se terminer par une véritable cicatrisation ; mais il n'existe jusqu'ici que des probabilités à cet égard, les cas où cette terminaison arrive ayant été peu observés.

La phthisie pulmonaire étant une maladie très-fréquente et très-grave, mérite que nous nous arrêtions quelques instants sur les symptômes principaux qui l'accompagnent.

Des tubercules crus, isolés, disséminés dans le poumon, ne doivent donner lieu à aucune modification fonctionnelle, puisqu'ils ne gênent nullement l'action de ce viscère. Aussi arrive-t-il fréquemment qu'on ouvre des individus dont les poumons contiennent des tubercules, et chez lesquels il n'a jamais existé le moindre dérangement dans les fonctions de ces organes; de sorte qu'il est vraisemblable que dans la majorité des cas on ne peut connaître l'origine de la maladie. Lorsque ces tubercules sont réunis en assez grand nombre, le tissu pulmonaire se trouve légèrement comprimé, l'air ne pénètre que difficilement dans les cellules de son parenchyme; dès lors il se déclare une légère dyspnée. La difficulté de respirer est donc rigoureusement le premier phénomène qu'on doit observer, et c'est aussi ce qui arrive. Mais l'agglomération d'un certain nombre de tubercules ne peut se faire sans déterminer le besoin d'expulser ces corps étrangers; alors la toux se déclare : cette toux, dans les cas simples et dans le principe, ne peut être que sèche; car que pourrait-elle expulser? Plus tard elle est suivie d'une expectoration de matières muqueuses d'abord diaphanes : pour-

quoi? c'est que ces efforts de toux déterminent une irritation légère des bronches, et augmentent leur sécrétion naturelle. C'est ce que nous verrons aussi pour les maladies du cœur, et ce qui arrive pour la pleurésie. Il peut arriver que cette toux opiniâtre détermine une véritable bronchite; alors des crachats muqueux et opaques sont rendus par l'expectoration. Des douleurs plus ou moins profondes et vives doivent exister, puisqu'aucun organe ne saurait s'altérer, du moins en général, sans faire naître une certaine souffrance. Lorsque ces douleurs sont très-vives, c'est que la plèvre s'enflamme ou que quelque partie éminemment sensible se trouve altérée; elles sont en général modérées, sans doute à cause de la lenteur de la maladie. La faiblesse et l'amaigrissement sont aussi le résultat inévitable de ce genre d'altération, puisqu'elle empêche l'hématose, source de toute force et de toute nutrition. Jusqu'ici l'on conçoit que les autres fonctions ont pu rester étrangères au travail qui s'est opéré dans les organes de la respiration; mais lorsque les tubercules ont envahi un grand espace pulmonaire, et que dans leur intérieur il se fait un ramollissement, qu'à leur périphérie il s'établit une inflammation ulcérative, alors les expressions fonctionnelles, locales et générales doivent nécessairement changer; un mouvement fébrile, d'abord peu prononcé, doit se manifester; la toux, la dyspnée doivent augmenter. La matière expectorée reste encore la même; mais lorsqu'un rameau bronchique vient à être ulcéré, une matière variable par sa couleur, sa consistance, sa quantité et son odeur, doit se mêler aux premiers crachats. Aussi ne tarde-t-on pas à voir paraître, au milieu des mucosités rendues jusque-là par les malades, des filaments opaques, gris, verdâtres, des fragments tuberculeux, enfin du véritable pus de mauvaise nature, clair, liquide, grisâtre, grumeleux, quelquefois très-abondant et très-fétide, enfin présentant toutes sortes d'aspects très-bien décrits par M. Louis dans ces derniers temps. Des hémoptysies fréquentes peuvent aussi se montrer : la face s'altère, les yeux sont brillants, les pommettes saillantes et rouges, les tempes creuses; l'insomnie est continuelle; la peau chaude, sèche, ou couverte de sueur, avec alternative de frisson; l'appétit se perd, la maigreur devient excessive. C'est alors que, les ulcérations venant à s'établir dans les voies aériennes et digestives, la voix devient rauque et s'éteint, le dévoiement s'empare du malade; les extrémités inférieures s'infiltrent, et le marasme, occasionné par la souffrance, par le défaut de nutrition et par les pertes produites par la sueur et la diarrhée coliquative, entraîne le malade dans la tombe.

Telle est la marche la plus régulière de cette horrible maladie; mais il n'est pas rare que, par des circonstances individuelles inexplicables dans l'état actuel de la science, beaucoup de ces symptômes ne manquent; ainsi la toux, la dyspnée, la douleur, peuvent ne pas exister; on a vu l'expectoration n'avoir pas lieu, etc. Il peut arriver aussi qu'un grand nombre d'entre ces phénomènes soient plus prononcés qu'ils ne devraient l'être, etc. Ces anomalies se présentent dans toutes les maladies, sans qu'on se soit avisé jusqu'ici de s'appuyer sur elles pour révoquer en doute la certitude de l'art, et pour rejeter ce que nous connaissons de positif et de régulier.

Parmi les symptômes de la phthisie, il en est un qui mérite une mention particulière, c'est l'hémoptysie : elle est bien souvent le premier phénomène qui annonce la présence des tubercules; mais nous pensons que déjà ces productions accidentelles devaient exister lorsque le crachement de sang s'est manifesté; qu'elles étaient à l'état latent, mais que déjà cependant elles avaient altéré le tissu pulmonaire. Nous n'ignorons pas qu'on a voulu faire de l'hémoptysie une cause de la phthisie; mais les probabilités sur lesquelles on se fonde ne nous ont pas convaincu. Nous ne nions pas qu'il n'y ait des hémoptysies par simple exhalation, et que des individus hémoptoïques soient morts sans tubercules; mais cela ne fait pas que, dans les cas de phthisie pulmonaire, lorsque l'hémoptysie a lieu, elle ne soit le plus souvent qu'un effet et non une cause. Le crachement de sang arrive d'ailleurs au commencement, au milieu ou à la fin de la maladie.

La difficulté de respirer est variable; elle est surtout très-grande lorsqu'une grande partie du poumon est envahie par des tubercules ou par quelque excavation vaste, ou que la maladie affecte une marche aiguë.

Lorsqu'on percute la poitrine, le son est en général plus clair que chez les individus sains, ce qui provient ordinairement de la maigreur des malades, de l'existence d'une grande cavité vide, et plus rarement d'un emphysème, d'un pneumothorax, etc. Le son est au contraire plus obscur lorsqu'il existe une quantité de tubercules telle que le parenchyme pulmonaire cesse d'être perméable à l'air. On juge surtout fort bien de ces différences par la percussion médiate; M. Piorry les a exposées dans son ouvrage avec beaucoup d'exactitude. Le son est quelquefois mat partiellement, lorsqu'il existe une hépatisation circonscrite, ou une masse bornée de tubercules. Enfin il peut rester comme dans l'état naturel, lorsque l'air pénètre encore dans les cellules pulmonaires.

L'application de l'oreille fait reconnaître plusieurs bruits que nous avons déjà décrits. La respiration peut être plus forte que dans l'état naturel dans les portions restées saines, lorsque, dans une certaine étendue, le poumon a cessé d'être perméable à l'air. Elle cesse de se faire entendre dans les lieux entièrement envahis par les tubercules; elle peut être seulement plus obscure lorsque l'air peut encore pénétrer dans les interstices médiocrement comprimés. Lorsque le poumon est imperméable, on entend aussi une respiration, un souffle très-marqué, qui s'arrête dans la division des bronches. Lorsque l'air pénètre dans une caverne vide, il semble que l'individu souffle dans une bouteille vide: c'est la respiration caverneuse, amphorique. On peut entendre le gargouillement lorsque la cavité est à moitié remplie de liquide; si l'on entend ce bruit dans des lieux ordinairement occupés par des cavernes, il rend leur existence très-probable. Enfin, la pectoriloquie se fait entendre lorsqu'il existe une caverne vide, communiquant avec les bronches, d'un diamètre médiocre, dont les parois sont minces, endurcies, et voisines des enveloppes du thorax. Lorsqu'il existe de l'air et du liquide dans une vaste excavation tuberculeuse, on entend le tintement métallique. L'auscultation ne peut faire reconnaître la phthisie que dans un degré déjà très-avancé; elle ne peut donner que de légères probabilités dans les premiers temps. Dans beaucoup de cas où les individus succombent sans qu'il se soit formé de cavernes, la pectoriloquie n'aura pas lieu. Ce moyen d'exploration n'en est pas moins fort utile, quoiqu'il ne le soit pas autant que l'avait pensé son inventeur.

Les tubercules coexistent avec de nombreuses altérations; les plus fréquentes sont la pneumonie

générale ou partielle, simple ou double; la pleurésie, l'hydrothorax; des ulcérations dans la trachée-artère, l'épiglotte et le larynx; l'hydropéricarde, le ramollissement du cœur, des lésions de l'aorte; la distension de l'estomac, l'inflammation, le ramollissement de sa membrane muqueuse, son ulcération, sa destruction; des ulcérations plus ou moins larges et profondes dans l'intestin grêle et dans le gros intestin; l'inflammation, la rougeur, l'épaississement, le ramollissement de la membrane qui les tapisse; les tubercules des glandes du cou, des aisselles, des lombes, du mésocolon, surtout du mésentère; l'état graisseux du foie; l'ulcération de la vésicule, l'inflammation de sa membrane; le ramollissement de la rate, son état tuberculeux; le même état des reins, de la prostate, des vésicules séminales, de l'utérus; la péritonite, l'ascite; l'épaississement de l'arachnoïde; l'injection du cerveau, son ramollissement partiel et général, etc. A toutes ces altérations se rattachent des expressions fonctionnelles capables de les faire reconnaître dans le vivant. Nous devons faire connaître celles que produit l'ulcération de la trachée-artère, du larynx et de l'épiglotte.

L'ulcération de l'épiglotte produit une douleur fixe à la partie supérieure, ou au-dessus du cartilage thyroïde immédiatement, la gêne de la déglutition, la sortie des boissons par le nez, le pharynx et les amygdales étant parfaitement sains, d'ailleurs symptômes ci-dessus décrits.

L'ulcère du larynx s'annonce quelquefois par une douleur au larynx, de l'ardeur, de la sécheresse dans cette région, de l'altération dans la voix, de l'enrouement, de l'aphonie. Ces symptômes sont d'autant plus marqués que l'altération est plus profonde et plus étendue. La toux est comme déchirée et sifflante; la déglutition est libre.

Celui de la trachée-artère ne donne ordinairement lieu à aucun symptôme; quelquefois le malade accuse le sentiment d'un obstacle placé derrière le sternum, une gêne dans la déglutition, une espèce de douleur au larynx, de la dyspnée dans quelques cas rares.

Pour les altérations organiques que les tubercules laissent après eux, nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit précédemment sur ce chapitre. Quant aux ulcérations dont nous venons de parler, elles sont plus ou moins superficielles ou profondes, avec rougeur, pâleur, épaississement, endurcissement ou amincissement de la membrane muqueuse qui les circonscrit; elles semblent formées par un emporte-pièce. Elles ont leur siége ordinairement à la partie postérieure de la trachée-artère, dans le voisinage des ventricules du larynx, à la face inférieure de l'épiglotte; elles altèrent et détruisent souvent le fibro-cartilage de la trachée-artère, produisent des perforations; elles sont uniques ou multiples, etc.

Productions accidentelles.

Malgré les progrès incontestables que le diagnostic des maladies thoraciques a faits de nos jours, on n'est point encore parvenu à différencier les nombreuses productions accidentelles dont le poumon peut être le siége. Lorsqu'elles sont peu volumineuses, elles ne produisent aucun signe qui puisse déceler leur présence; si elles sont volumineuses, on reconnaît bien leur existence, mais on ne peut reconnaître quelle est l'espèce d'altération qui existe. Ainsi les tubercules disséminés ne produisent pas de phénomènes locaux; lorsqu'ils sont agglomérés, ils donnent un son mat par la percussion, et empêchent la respiration. Les dégénérescences mélanées, encéphaloïdes, cancéreuses en général; les kystes, les hydatides; les productions pétrées, osseuses, cartilagineuses et autres, lorsqu'elles n'ont encore atteint qu'un petit volume, ne sont pas sensibles; et lorsqu'elles occupent un espace considérable, elles empêchent aussi la respiration, et produisent le son mat, et en tout de manière qu'il est impossible de les différencier pendant la vie, au moins dans l'état actuel de la science.

Cependant ce qu'on ne peut pas faire par la réflexion, par la lecture des auteurs, la nature vous l'inspire quelquefois; et de là le grand avantage de l'interroger. J'ai eu occasion, dans mes cours de clinique, d'annoncer un jour une *cartilagination* de la plèvre droite, et cela dans un temps où le stéthoscope n'était pas encore en vigueur. L'ouverture du corps justifia mon assertion. Voici le fait.

Une femme, de cinquante-cinq ans environ, éprouvait une gêne extrême de la respiration, surtout du côté droit; il n'y avait pas de battements du cœur, la gêne de la respiration était primitive; les signes fonctionnels n'étaient pas ceux de la phthisie pulmonaire; il n'y avait jamais eu de crachements de sang, ni aucun signe qui pût faire croire que le poumon fût lésé profondément; et, quoique la maigreur fût assez marquée, il n'y avait ni sueurs, ni dévoiement, etc. Il avait existé autrefois une douleur de côté avec réaction fébrile. La maladie était restée stationnaire pendant long-temps. En percutant la poitrine, le son n'était pas *mat,* mais obscur, à la partie antérieure et latérale, bien que la malade fût couchée sur le dos. Quelle que fût la position que l'on donnât à la malade, le son obscur occupait le même lieu; il n'existait aucune espèce d'infiltration aux membres ni au thorax. En ordonnant une forte inspiration, les côtes de ce côté se soulevaient encore, mais avec peine.

Voici quel fut mon raisonnement aux élèves : la malade a une affection chronique du côté droit de la poitrine; la difficulté de respirer habituelle en est le symptôme, elle ne dépend pas d'une affection du cœur. La malade n'est pas phthisique, elle n'en présente pas les caractères; elle est déjà dans un âge où cette maladie devient rare. Elle n'a pas une pneumonie chronique; elle n'a eu aucun des signes qui caractérisent cette maladie à l'état aigu : d'ailleurs elle ne durerait pas si long-temps. La maladie n'occupe même pas le tissu du poumon, car le son n'est qu'obscur, et le poumon se dilate encore; elle a donc son siège au-dehors. Est-ce un épanchement? non; car quel que soit la position imprimée à la malade, l'obscurité du son ne change pas de place. Il n'y a d'ailleurs aucune saillie des espaces intercostaux, aucun œdème. Mais il a existé une pleurésie; il y a donc des adhérences? non, car de simples adhérences ne peuvent pas produire l'obscurité du son. « Il faut donc qu'il y ait un corps peu épais interposé entre la plèvre et le poumon; et comme il y a déjà fort long-temps que la maladie existe, ces fausses membranes doivent être passées à l'état cartilagineux, et avoir environ une ligne d'épaisseur. » La malade mourut. La plèvre costale, à la partie antérieure et latérale droite, était couverte d'une fausse membrane cartilagineuse, d'une ligne à une ligne et demie d'épaisseur. Mais est-il possible de donner en préceptes ces manières de distinguer les maladies, que la présence seule des malades vous inspire? Il nous arrive de reconnaître ainsi une multitude de cas qu'on croirait impossibles à distinguer de prime-

abord. Les signes, les moyens de parvenir à cette connaissance ne sont pas écrits dans les livres, et ne peuvent pas y être. Celui qui les découvre les oublie après s'en être servi, et à chaque instant il s'en présente de nouveaux. Il faut donc voir, faire, et tous les livres du monde ne sauraient remplacer cette improvisation.

Granulations pulmonaires.

Nous avons vu que des médecins très-recommandables regardaient cette altération pathologique comme le premier degré des tubercules; nous avons vu aussi que d'autres médecins non moins estimables adoptaient l'opinion contraire. L'incertitude augmente encore lorsqu'on fixe son attention sur les signes distinctifs de ces productions morbides. On est forcé de convenir que les caractères assignés par Bayle à cette maladie ne sont rien moins que positifs; que ces caractères peuvent se rencontrer tout aussi bien dans les tubercules, et même dans d'autres altérations chroniques du poumon. Quoi qu'il en soit, les phénomènes locaux, tels que la gêne de la respiration, les douleurs thoraciques, les crachats écumeux, clairs, les hémoptysies, sont très-prononcés, et les symptômes généraux ne le sont pas d'une manière relative. Cette affection dure très-long-temps sans porter atteinte à la nutrition, ce qui est l'inverse dans les tubercules pulmonaires. La respiration est quelquefois obscure au cylindre, lorsque ces corps sont en si grand nombre qu'ils compriment le tissu du poumon; ils n'occasionnent la pectoriloquie que lorsqu'il existe simultanément quelque cavité dans le poumon, et le râle trachéal que dans les cas où un catarrhe bronchique les complique, ou qu'il existe quelque fonte tuberculeuse.

Cancer du poumon.

Cette maladie est assez rare. Je l'ai observée, et j'ai pu la reconnaître quelquefois, pendant la vie, aux signes d'une maladie chronique du poumon, aux douleurs lancinantes que le malade éprouvait, aux caractères généraux du cancer, et principalement à la circonstance d'un cancer concomitant de l'utérus ou du sein. Les caractères anatomiques sont les mêmes que nous avons souvent exposés.

Mélanose du poumon.

Le poumon est fréquemment le siége de cette dégénérescence, mais ses caractères anatomiques ont bien plus attiré l'attention des pathologistes que son expression fonctionnelle. Ses symptômes sont ceux des autres maladies chroniques du thorax, et ne sont nullement capables de la faire distinguer des autres altérations morbides chroniques.

Emphysème du poumon.

L'emphysème du poumon n'est, suivant nous, qu'un phénomène purement consécutif, et les auteurs qui l'ont admis comme une cause de l'asthme étaient obsédés par une idée préconçue, ce qu'il est impossible de ne pas conclure de leurs propres observations; car dans les faits qu'ils citent, *tous les malades avaient des affections organiques du cœur.* Comment ne pas conclure dès lors que l'emphysème n'était lui-même que l'effet des efforts respiratoires? Je pense donc qu'on a ajouté à cette lésion organique une importance bien plus grande qu'elle ne mérite réellement, qu'on a pris encore ici l'ombre pour le corps, et que l'on doit remonter à la maladie primitive.

Quoi qu'il en soit, l'emphysème produit, soit par la dilatation des cellules bronchiques, soit par l'épanchement d'air dans le tissu cellulaire interlobulaire, se reconnaît aux symptômes de l'asthme, c'est-à-dire à la difficulté de respirer, à ceux du catarrhe chronique, mais surtout aux signes locaux suivants: lorsqu'il n'occupe qu'un côté, ce côté est plus volumineux que l'autre; les espaces intercostaux en sont plus larges; il rend un son plus clair que l'autre, et cependant la respiration ne se fait pas entendre dans la plus grande partie de ce poumon, le bruit de la respiration est très-faible là où il s'entend; on perçoit en même temps un léger râle sibilant.

Si les deux côtés sont affectés, le son est très-clair à la percussion, la poitrine est bombée, comme cylindrique; la respiration est nulle dans toute l'étendue du thorax, ou s'entend fort peu; le *cliquetis de la petite soupape* s'entend dans toute l'étendue du thorax.

Pneumo-thorax.

Nous avons donné les signes de cet accident qui est bien plus rare qu'on ne le croirait d'après les descriptions des auteurs; ce qu'il y a de positif, c'est qu'on ne l'observe presque jamais chez les vieillards.

OEdème du poumon.

L'œdème du poumon, dont nous avons déjà donné les caractères anatomiques, n'est aussi qu'un phénomène secondaire, et ne mérite pas l'importance qu'on a voulu y attacher récemment.

Hydrothorax.

Nos principes généraux sont entièrement applicables à l'hydrothorax, accident purement consécutif, selon nous, dans le plus grand nombre des cas; il ne mérite guère aussi qu'une attention médiocre: c'est la maladie primitive qu'il s'agit de reconnaître et de combattre. Et qu'importe en effet un peu plus ou un peu moins de sérosité, si le malade est frappé d'un anévrysme du cœur? Quelle est d'ailleurs la quantité de liquide qui constitue l'hydrothorax? Lorsqu'il n'y a que quelques onces de sérosité, y a-t-il hydrothorax? Quoi qu'il en soit, voici les signes auxquels on peut reconnaître une collection séreuse ou séroso-purulente, dans la cavité des plèvres. Dans le début de l'épanchement, il est très-difficile de constater la présence du liquide; on ne reconnait alors que la maladie primitive, qui occasionne l'hydropisie. La seule gêne de la respiration, qui d'ailleurs est commune avec la plupart des maladies du poumon et du cœur, pourrait faire soupçonner le commencement d'un hydrothorax. Mais lorsque déjà le fluide est accumulé en quantité assez considérable pour remplir une partie de la poitrine, il signale sa présence par des phénomènes en général faciles à saisir. Ces phénomènes varient suivant que l'hydrothorax est double ou qu'il est simple. Dans le premier cas, le thorax est bombé des deux côtés; les espaces intercostaux sont plus larges que dans l'état naturel; il peut exister une fluctuation sensible et de l'empâtement

dans les parois thoraciques. La percussion donne un son mat *à la partie la plus déclive de la poitrine*. Si le malade est debout ou assis, le son est mat à la région inférieure, circulairement, et clair à la partie supérieure; s'il est couché sur le dos, le son est clair à la partie antérieure, mat à la postérieure; s'il est couché sur le ventre, le contraire se remarque. Pour déterminer ces différences de son, on ne doit pas négliger la percussion médiate. Si l'on applique l'oreille, la respiration ne se fait pas entendre; elle est seulement sensible à la région dorsale; on entend d'ailleurs de l'égophonie, phénomène peu certain, ainsi que nous l'avons démontré antérieurement. Le malade reste ordinairement assis pour respirer plus librement. Si la collection du liquide n'existe que d'un côté, les signes locaux que nous venons d'exposer ne s'observent que du côté malade, et le décubitus a lieu sur ce côté.

Les signes fonctionnels de l'hydrothorax sont très-variables; et cela doit être, puisqu'il n'est qu'un effet d'une multitude d'altérations diverses. La difficulté de respirer est à peu près le seul symptôme qu'il occasionne constamment. La respiration est petite et fréquente, surtout après les repas, après les exercices du corps, ceux de la voix et de la parole. Lorsqu'il existe de l'air en même temps que du liquide, on peut entendre distinctement un bruit de fluctuation. Quelquefois le malade, en se couchant, éprouve la sensation d'un liquide qui remonte vers la partie supérieure et postérieure du thorax; en se revelant, cette sensation suit une route inverse. Il ressent de la gêne, de la pesanteur de la poitrine, de l'anxiété derrière le sternum; la toux est fréquente et sèche, ou suivie d'une expectoration spumeuse.

Les symptômes *généraux* sont modifiés par la maladie primitive; ils sont cependant le plus ordinairement ceux de l'hydropisie.

La face est pâle, interne, ou bleuâtre, bouffie; le pouls faible, la peau froide, œdématiée, surtout autour du tronc et aux membres thoraciques; toutes les fonctions languissent, les forces abandonnent le malade, etc.

Lorsque l'hydropisie est précédée ou accompagnée d'inflammation, on observe tous les phénomènes de cette dernière : la peau peut être chaude, le pouls vif et dur, la soif ardente, etc. En fixant son attention sur la maladie primitive, il est presque toujours possible de découvrir la cause organique de la collection séreuse ou séroso-purulente aux signes qui caractérisent les diverses affections qui peuvent produire l'épanchement; on doit même distinguer l'épanchement purulent ou séroso-purulent de celui qui est simplement séreux. Des phénomènes inflammatoires préalables, des symptômes généraux de réaction concomitants, devront faire reconnaître la collection purulente de celle qui n'est que séreuse.

Le fluide contenu varie pour sa quantité, sa couleur, sa consistance, et souvent même son odeur. La plèvre paraît inaltérée lorsque l'épanchement est consécutif d'une maladie éloignée; elle est seulement légèrement opaline. Dans le cas où il a existé une pleurésie, on retrouve toutes les traces de cette phlegmasie.

Asthme.

Nous ne reviendrons pas sur les discussions auxquelles nous nous sommes livré au commencement de cet ouvrage. Nous pensons qu'il en est résulté la conviction que cette maladie n'est point une affection nerveuse *chez les vieillards*; et que *chez eux*, elle dépend constamment d'une altération organique sensible, en général, des organes de la circulation, quelquefois des poumons, et même d'organes plus éloignés. Mais ce que nous n'avons pas prétendu, et ce que cependant on nous a fait dire, c'est que, *dans les autres âges*, l'asthme était aussi constamment le résultat d'une lésion organique. Je pense que cela doit arriver souvent ainsi, l'analogie me porte à le croire; mais il n'est pas impossible que l'innervation pulmonaire soit affectée de manière à produire dans quelques cas rares les phénomènes de l'asthme. Ces phénomènes consistent en une difficulté périodique de respirer : nous avons cité la description sommaire de Cullen et de Pinel. Nous nous croyons dispensé de nous étendre davantage sur ce sujet. Voyez page 83.

Angine de poitrine.

Qu'est-ce que c'est que l'angine de poitrine? Nous voici tombé dans ce vague pénible où jettent les maladies dont on ignore les caractères organiques; on est presque réduit à répondre qu'on ne sait ce qu'elles sont; tant sont utiles les lumières de l'anatomie pathologique! Notre opinion est que, presque toujours, ce qu'on a appelé angine de poitrine n'est ordinairement qu'un symptôme de quelque maladie organique du cœur et du poumon. Du moins toutes les fois que chez les personnes avancées en âge (et l'on sait que c'est principalement chez elles qu'on observe cette maladie) j'ai eu occasion de rencontrer les phénomènes de l'angine de poitrine, il existait constamment quelques-unes des lésions dont je viens de parler, et principalement quelques altérations du cœur ou des gros vaisseaux. Si cette assertion, que nous pourrions appuyer de faits particuliers, paraît douteuse, le lecteur en trouvera la confirmation dans les recueils périodiques et dans les annales de quelques sociétés de médecine, où l'on trouve des *angines de poitrine compliquées de maladie du cœur*. Cependant comme le poumon est pourvu et entouré de nerfs, et que ces nerfs n'ont sans doute pas le privilége d'être à l'abri de névralgies, il ne serait pas impossible que les nerfs pneumo-gastriques, le plexus pulmonaire et cardiaque ne fussent atteints de cette sorte d'affection, ainsi que l'ont pensé Jurine, M. Desportes, et beaucoup d'autres. Toutefois on ne saurait être trop réservé sur l'admission de semblables suppositions. Les signes de l'angine de poitrine sont : une douleur soudaine, vive, poignante; un serrement violent ordinairement dans le côté gauche ou sous le sternum, quelquefois à droite. Lorsque l'individu qui en est saisi vaque à ses affaires, qu'il marche, il est obligé de s'arrêter tout-à-coup par crainte de la syncope ou de la suffocation. Le repos fait disparaître cette douleur, au bout de quelques minutes. Les premières attaques sont courtes, assez légères, et ne laissent après elles aucunes traces, ou simplement une espèce d'engourdissement. Mais bientôt, sous l'influence des plus légères causes, ces accès se reproduisent et avec un plus haut degré de violence, et une durée plus longue. La douleur se propage aux membres thoraciques et semble se fixer aux attaches des muscles pectoraux, d'où elle s'étend quelquefois jusqu'à l'extrémité des doigts, et produit un engourdissement qui suspend leur action. Dans certaines circonstances la face paraît partager cette souffrance; la voix est altérée, et le malade est menacé de strangulation. Au milieu de ces angoisses, qui varient d'ailleurs beaucoup suivant les sujets, la respiration est peu dérangée, elle est

seulement un peu plus fréquente que dans l'état naturel. On conçoit que la circulation doit présenter des phénomènes variables suivant que ses organes sont sains ou malades, et que les symptômes généraux doivent être plus variables encore. La face est pâle ou colorée, le tronc semble agité de mouvements convulsifs occasionnés par la douleur; la peau est froide ou chaude, couverte d'une sueur visqueuse; des nausées, des vomissements, peuvent ajouter à l'anxiété du malade, que tourmente encore l'idée d'une mort prochaine. Les accidents diminuent peu à peu, et la santé revient d'une manière plus ou moins rapide, plus ou moins complète. Lorsque l'attaque a été forte, il reste une fatigue excessive, un engourdissement très-prononcé pendant un temps indéterminé. Cette maladie, qui peut durer des mois et des années, guérit quelquefois, mais se termine plus souvent d'une manière funeste.

La principale différence qui existe entre cette affection et l'asthme, c'est que dans celui-ci la difficulté de respirer est le principal symptôme; dans celle-là, c'est la douleur.

L'ouverture des corps a fait reconnaître, dans le plus grand nombre des cas, des lésions organiques variées, principalement dans les organes de la circulation.

Différences principales qui existent entre les maladies précédentes.

En se rappelant les caractères des maladies que nous venons de décrire, on reconnaît dans chacune d'elles des signes particuliers qui doivent les faire reconnaître les unes des autres. Celles qui se présentent le plus fréquemment dans la pratique, et que l'on pourrait confondre les unes avec les autres, sont, chez les enfants, la bronchite simple, le croup et la coqueluche; dans tous les âges, le catarrhe aigu, la pneumonie, la pleurésie, la pleurodynie, le catarrhe chronique, la phthisie pulmonaire. Je ne parle pas de l'œdème du poumon, de l'emphysème, et du pneumo-thorax, accidents purement consécutifs et bien moins communs que les précédents.

Nous avons vu que dans la bronchite simple la toux, plus ou moins forte, ne présentait pas la résonnance, le timbre métallique, le son rauque qu'elle a dans le croup; que l'inspiration n'est pas sifflante, que la respiration est moins gênée, que l'appareil fébrile est moins prononcé, et que la maladie marche avec moins de rapidité, s'aggrave moins promptement. La voix croupale, qui se manifeste dès le commencement du croup, empêche d'ailleurs toute méprise. Le faux croup, après avoir déployé une violence extrême, se calme en peu d'heures, et suit une marche inverse au précédent; quant à la coqueluche, elle se développe ordinairement avec lenteur, s'annonce par des quintes, est rarement accompagnée de fièvre, et n'offre dans le caractère de la voix rien qui puisse la faire confondre avec le croup.

Dans le catarrhe pulmonaire, le son est clair dans toute l'étendue de la poitrine, la respiration s'y entend partout, quoique un peu plus obscure que dans l'état naturel, et manquant quelquefois par l'obstruction des bronches; il existe du râle muqueux; il n'y a pas de crachement de sang; la douleur est sous-sternale ou diffuse. Dans la pneumonie, râle crépitant, douleur profonde, augmentant par l'inspiration, crachement de sang, son obscur, puis mat du côté douloureux, souvent décubitus sur ce côté. Dans la pleurésie, douleur vive, aiguë, pongitive, augmentant par l'inspiration, quelquefois par la pression entre les côtes; toux sèche, sans expectoration; son clair par la percussion, absence du râle. Dans la pleurodynie, douleur vive, augmentant par la pression, même exercée sur les côtes, par les mouvements du thorax et du membre thoracique correspondant; absence de toux, d'expectoration, et généralement d'appareil très-prononcé de réaction.

Le catarrhe chronique peut être confondu avec la phthisie pulmonaire, mais il produit en général un dépérissement moins prompt; il est d'ailleurs bien plus rare qu'on ne pense; il faut une cause persistante pour l'entretenir, il est rarement idiopathique, et cette cause est en général facile à reconnaître; il n'existe d'ailleurs jamais de pectoriloquie. Dans la phthisie pulmonaire le son a souvent été mat à la partie supérieure du thorax, la respiration a cessé de s'y faire entendre; enfin, dans le grand nombre des cas, au moment où on peut la confondre avec le catarrhe chronique, on observe la pectoriloquie.

Nous devons redire ici ce que nous avons déjà dit d'une manière générale pour toutes les maladies, et ce que nous avons répété pour quelques-unes d'entre elles en particulier. Lorsque les maladies marchent d'une manière régulière, normale (et c'est heureusement le plus ordinaire), le diagnostic offre peu de difficultés au médecin instruit et attentif; mais il n'en est pas toujours ainsi, et par des circonstances individuelles ou accessoires, inappréciables dans l'état actuel de la science, les maladies se présentent dépourvues de plusieurs de leurs caractères essentiels; elles se présentent avec des phénomènes qui leur sont étrangers; enfin leur marche est embarrassée par le concours de maladies simultanées, etc. Alors les difficultés sont souvent insurmontables; que ne faut-il pas de tact, d'habitude, de discernement, pour ne pas s'égarer dans ces dédales obscurs!

§ II. Diagnostic des maladies des organes circulatoires, du cœur et de ses dépendances.

Les maladies du cœur, quoique très-nombreuses, étaient ignorées des anciens; ce n'est qu'au moment où l'anatomie pathologique a révélé les désordres que ces maladies laissent après elles, qu'on a pu les reconnaître. Aussi n'est-ce qu'à la renaissance des lettres qu'on doit faire remonter nos premières connaissances sur ces affections. Les travaux de Lancisi, de Valsalva, de Bonet, de Morgagni, de Sénac, jetèrent, pour ainsi dire, les fondements de cette branche nouvelle de la médecine, que portèrent plus tard à un bien plus haut degré de perfection les savantes lucubrations des Portal, Corvisart, Kreysig, Burns, Testa, Meckel, Hogdson, Laennec et Bertin. Quelques jeunes médecins, tels que MM. Louis, Bouillaud, Bérard aîné, ont aussi ajouté quelques pages à l'histoire de ces maladies; et, après eux, nous oserons citer nos mémoires sur l'asthme des vieillards, et sur les ruptures du cœur, sur la distinction des anévrysmes, comme n'ayant peut-être pas été sans utilité pour le sujet qui nous occupe.

Les altérations morbides du cœur sont bien plus connues que les expressions fonctionnelles auxquelles elles donnent lieu. Nous tâcherons cependant de les distinguer les unes des autres. Ces maladies, attaquant un même organe, doivent produire des phénomènes semblables, c'est-à-dire le trouble dans les fonctions de cet organe; nous avons

déjà vu qu'il en était ainsi pour tous les viscères que nous avons examinés; mais ces altérations n'arrivant pas de la même manière, n'occupant pas le même siége, n'étant pas identiques dans leur nature, doivent produire des modifications fonctionnelles propres à les faire reconnaître.

Les symptômes communs des maladies du cœur sont la perversion de la circulation et de la respiration, qui n'en est, pour ainsi dire, qu'une division; quelques phénomènes locaux; enfin des phénomènes généraux et sympathiques. Les diverses apparences, les diverses combinaisons de ces phénomènes entre eux, nous conduiront à reconnaître l'espèce d'altération qui existe. Les principales lésions dont nous allons nous entretenir sommairement sont la péricardite, l'hydropéricarde, la cardite, l'endurcissement, le ramollissement, l'hypertrophie, l'atrophie, l'anévrysme, les altérations des parois du cœur, la communication des cavités, les ruptures, les ossifications, les palpitations nerveuses et quelques maladies de l'aorte.

Péricardite.

L'obscurité qui a régné jusqu'ici sur le diagnostic de l'inflammation du péricarde commence à se dissiper, les recherches de M. Louis n'ont pas peu contribué à cet heureux résultat; mais, malgré le soin et la précision qui ont dirigé son travail, nous croyons que ce ne sera qu'à la faveur d'observations ultérieures qu'on pourra s'élever à une description générale et complète de cette affection.

Quoique cette maladie passe pour très-difficile à reconnaitre dans le vivant, il ne nous est presque jamais arrivé de la méconnaître, et l'ouverture des corps nous a rarement découvert des péricardites que nous n'eussions reconnues et annoncées dans le vivant. Un de ces faits, le plus curieux qui nous soit arrivé, est celui qui a été recueilli par M. Foville, et que nous avons cité dans notre ouvrage sur le ramollissement du cerveau. Nous ne vîmes la malade qui en fait le sujet qu'un jour et en passant. Voici ce fait, qui fera connaitre les motifs qui fondèrent notre diagnostic. Deux jours après son entrée à l'infirmerie, une femme de soixante ans, forte et robuste, tomba dans une perte profonde de connaissance; le lendemain ses yeux étaient fixes, comme convulsés; les paupières fortement ouvertes; la face était fortement colorée, excitée; la peau chaude, les membres dans une immobilité presque absolue; mais en la pinçant, on déterminait des mouvements des deux côtés, dans les bras et dans les jambes. « Le pouls était d'une telle faiblesse qu'on le sentait à peine », ainsi que les battements du cœur, qui étaient lents et obscurs. Bien que les symptômes cérébraux pussent dépendre d'une méningite ou d'une congestion, nous pensâmes cependant que l'état de la circulation n'annonçait pas une maladie du cerveau, et nous fûmes conduit à reconnaitre une péricardite, 1°, parce que les signes généraux encéphaliques sont souvent sympathiques d'une maladie éloignée; 2°, parce que l'obscurité du pouls ne pouvait dépendre d'une altération du cerveau; 3°, parce qu'elle ne pouvait dépendre non plus d'une maladie des poumons ou de l'abdomen; 4°, parce que l'examen des poumons ne fit reconnaître aucune altération dans ces organes; 5°, parce que les phénomènes de réaction, tels que la coloration et la chaleur à la peau, annonçaient une vive inflammation d'un organe important; 6°, enfin, qu'il ne pouvait y avoir qu'une maladie du péricarde ou du cœur qui donnât lieu à ces phénomènes, en empêchant, interceptant l'action du principal organe de la circulation; et comme les accidents étaient nouveaux et très-aigus, ils ne pouvaient appartenir qu'à l'inflammation. L'ouverture du corps confirma ce jugement, et c'est ainsi que nous sommes arrivé souvent à la connaissance de cette maladie. On peut voir cependant qu'il manquait des signes bien importants, tels que la douleur dans la région précordiale, et l'absence du son mat dans cette région; je dis l'absence du son mat, non pas qu'elle fût réelle; mais la percussion n'ayant pas été pratiquée, puisque la valeur de ce signe n'était pas encore connue, cette absence existait véritablement pour nous.

Lorsque la péricardite se présente avec tous les signes qui la caractérisent, qu'elle est simple et à l'état aigu, elle est presque aussi facile à reconnaître que les autres maladies. Ainsi, lorsque chez un sujet, auparavant en bonne santé, il survient tout-à-coup, à la suite d'un frisson et d'autres phénomènes précurseurs d'une inflammation, une douleur vive, poignante, dilacérante, etc., dans la région du cœur, sous le sternum, et s'étendant même vers l'épigastre, et quelquefois entre les épaules; une oppression plus ou moins forte, des palpitations, de l'irrégularité et de l'intermittence dans le pouls, un son mat dans la région du cœur, lorsqu'il est clair dans toute l'étendue du thorax (1); quelquefois des syncopes et de l'infiltration, et qu'en même temps il n'existe aucun autre signe de phlegmasie du poumon et de la plèvre, on devra reconnaitre une péricardite.

L'expérience n'a pas encore prononcé sur la valeur du bruit, semblable au craquement du cuir neuf, que l'on a cru entendre au moyen du cylindre. Si cette inflammation se présentait toujours avec tous ces signes, nul doute en effet qu'on ne dût la reconnaitre; mais ce qui rend ce diagnostic difficile, c'est que, 1°, dans le plus grand nombre des cas la péricardite existe, et beaucoup des signes que nous venons de tracer manquent; 2°, c'est que la plupart de ces signes sont communs à toutes les maladies du cœur; 3°, c'est qu'il existe souvent, concurremment avec la péricardite, des pneumonies, des pleurésies, des hydrothorax, qui en masquent les symptômes et empêchent de la reconnaitre.

Dans beaucoup de cas, l'invasion de la maladie n'est pas brusque; elle peut survenir chez un sujet déjà malade. La douleur est obscure, et bien souvent n'existe pas du tout; on est ainsi privé d'un des signes les plus précieux. Il est rare que l'oppression ne se fasse pas sentir; mais ce symptôme accompagne toutes les maladies du cœur, et même celles des organes de la respiration. L'observation prouve que les palpitations sont loin d'exister toujours, et d'ailleurs elles n'indiquent autre chose qu'un trouble dans les organes de la circulation. Nous devons en dire autant de l'irrégularité et de l'intermittence du pouls. Quant aux syncopes, elles sont peu fréquentes dans cette maladie, et lui sont communes avec une multitude d'autres affections;

(1) Ce signe est, suivant M. Louis, caractéristique de la péricardite; l'instrument de M. Piorry peut être fort utile pour en apprécier les plus légères nuances. Ce que nous disons ici de ce moyen doit avoir son application dans tous les cas où la percussion doit fournir quelque lumière. Ainsi on devra y recourir dans l'hydropéricarde, dans l'hypertrophie, l'atrophie, l'anévrysme du cœur, etc. On pourra dans ces maladies circonscrire, dans le vivant, l'espace qu'occupe l'organe malade.

l'infiltration ne survient guère que dans les péricardites chroniques avec épanchement, et lorsqu'elles succèdent à une ancienne affection du cœur. Reste donc le son mat dans la région du cœur seulement; mais pour cela il faut que la péricardite soit simple, car s'il existe pneumonie, pleurésie, hydrothorax du côté gauche, ce qui arrive souvent, ce signe devient nul; de plus, il faut qu'il y ait épanchement d'un liquide dans le péricarde, ce qui n'a pas lieu dans le commencement de la maladie. Il est juste de dire que toutes ces difficultés ont été franchement abordées et discutées par M. Louis, qui n'en persiste pas moins à croire que la péricardite peut fort bien être reconnue dans une multitude de cas, et nous partageons son avis. Les difficultés que nous venons de signaler existent pour toutes les maladies; il n'en est aucune qui se décèle par des signes pathognomoniques; c'est toujours par la réunion d'un certain nombre de symptômes qu'on les reconnait : toutes sont obscures quand il manque un certain nombre de leurs signes; toutes sont obscures lorsqu'elles sont compliquées avec d'autres affections. On devra donc reconnaître la péricardite lorsqu'elle présentera la série des symptômes que nous lui avons attribués; on devra la soupçonner lorsqu'il n'en existera qu'une partie.

Indépendamment des signes que nous avons exposés, il peut encore en exister d'autres, moins importants à la vérité, mais qui, joints aux premiers, peuvent cependant faciliter le diagnostic : tels sont la position assise; une agitation extrême, qui force le malade à changer à chaque instant de situation; une toux sèche, un grand appareil fébrile, l'augmentation des accidents par le moindre exercice, par l'émotion la plus légère, par l'action de parler, de tousser; l'expression de souffrances, l'absence ou le désordre des battements du cœur; la petitesse, l'insensibilité du pouls; quelquefois l'œdème des membres inférieurs; la couleur violette des lèvres, du nez et des joues, etc.

La péricardite aiguë marche avec plus ou moins de rapidité; elle peut se terminer en deux ou trois jours, et d'autres fois se prolonger jusqu'aux quatrième, cinquième septenaires et au-delà. Elle se termine fréquemment par la guérison, ainsi que l'attestent les adhérences anciennes qui unissent souvent le péricarde au cœur. Corvisart la croyait toujours mortelle. Elle ne se termine par la mort que dans le plus petit nombre des cas. A l'ouverture des corps, on trouve les altérations que laissent après elles les inflammations des membranes séreuses, avec quelques légères modifications. On rencontre des fausses membranes, des épanchements séreux, séroso-purulents, séroso-sanguinolents, ou de pus presque pur. Il faut prendre garde de confondre avec les effets de la péricardite une certaine quantité de liquide rougeâtre, et une couleur rouge du cœur et du péricarde, qui ne sont que le résultat de la pénétration et de l'imbibition, suite d'une putréfaction commençante. Cette couleur rouge ressemble parfaitement à une macération véritable; elle est uniforme, comme placée à l'aquarelle par couches légères. Les fausses membranes sont récentes ou anciennes : dans le premier cas, elles sont molles, plus ou moins épaisses, peu adhérentes; elles présentent l'aspect d'un réseau; elles sont ondulées, comme imbriquées, enfin offrent mille apparences diverses; j'en ai vu qui ressemblaient parfaitement au tissu d'une éponge. Lorsque les fausses membranes sont très-anciennes, que l'individu a succombé à une maladie étrangère à la péricardite, il existe des adhérences générales ou partielles, plus ou moins intimes, denses et serrées; on prétend que les plaques blanches qu'on rencontre sur le cœur sont le résultat d'anciennes phlegmasies partielles.

La péricardite peut affecter la marche chronique. Les symptômes auxquels elle donne lieu sont les mêmes que les précédents; seulement ils sont plus obscurs, moins prononcés, partant plus difficiles à reconnaitre; ils sont aussi plus opiniâtres, plus durables, et se confondent facilement avec ceux de l'hydropéricarde, qui est souvent la suite de la péricardite chronique.

Hydropéricarde.

Comme toutes les autres hydropisies, celle du péricarde est un effet consécutif, et non, ou du moins très-rarement, une maladie primitive. Presque toujours elle succède à une péricardite chronique, à une affection du cœur, des poumons ou autre; elle se manifeste dans les mêmes circonstances et par les mêmes causes organiques que les autres hydropisies.

Nous ignorons quelle est la quantité de sérosité ou d'autres fluides épanchés nécessaire pour mériter le nom d'hydropéricarde. Lorsque cette quantité est au-dessus du type normal, elle gêne les fonctions du cœur, et s'annonce par des désordres locaux et fonctionnels propres à la faire reconnaitre, mais ce n'est en général que lorsque la quantité de liquide est déjà considérable qu'on peut en soupçonner la présence.

La plupart des signes de l'hydropéricarde sont communs à toutes les maladies du cœur; et cela doit être, puisque c'est le principal organe de la circulation qui est gêné dans ses mouvements. Si l'hydropéricarde succède à une péricardite aiguë, on aura pu observer les symptômes de réaction que nous avons signalés, la douleur vive à la région du cœur, la rougeur de la peau, la chaleur, la soif et les autres signes fonctionnels; si elle est consécutive d'une altération chronique d'un autre organe, ou enfin si elle est primitive, alors on observe des battements de cœur tumultueux, irréguliers, se faisant sentir tantôt dans un point, tantôt dans un autre; il semble que le cœur se meut dans un vaste espace; à chaque pulsation, on éprouve entre les côtes le sentiment d'un liquide qui vient frapper les doigts d'une véritable fluctuation. S'il se trouve de l'air dans cette cavité, ce que l'on a observé une fois, on perçoit un bruit particulier, semblable à celui que rend une bouteille à demi remplie d'air et d'eau, lorsqu'on l'agite. Lorsqu'il n'existe que du fluide, les battements du cœur sont sourds; ils sont transmis comme à travers un corps mou; quelquefois ils sont insensibles. La région du cœur est bombée; les espaces intercostaux sont larges et saillants, mous, empâtés; les parois correspondantes œdémateuses; la percussion rend un son obscur dans toute cette région; ce son est clair partout ailleurs. En même temps le pouls est petit, inégal, irrégulier, intermittent; la respiration gênée; elle ne peut être exécutée que dans la position assise. La suffocation est imminente; le décubitus a lieu sur le côté malade; quelquefois le malade est assis, et penche sa tête sur ses genoux. La face est pâle, livide, bouffie; les lèvres sont violettes; les membres infiltrés; enfin on peut reconnaître tous les caractères des maladies du cœur.

Lorsque l'hydropéricarde se présente avec ce cortége de signes, il est difficile de ne pas la reconnaître; mais, ainsi que cela arrive pour la maladie précédente, beaucoup de ces signes peuvent ne pas exister, plusieurs sont communs à un grand nombre d'affections thoraciques, et la maladie peut être souvent compliquée d'affections concomitantes.

Les lésions anatomiques varient suivant que l'hydropéricarde est consécutive de la péricardite, ou d'une affection chronique du cœur ou d'un autre organe. Dans le premier cas, le fluide épanché et la membrane malade présentent des caractères analogues à ceux de la péricardite aiguë; dans le second, le liquide épanché est jaunâtre, transparent, plus ou moins abondant; le péricarde est opalin, grisâtre, blanchâtre, uni, légèrement épaissi.

Cardite.

Nous ne possédons encore que des probabilités sur l'inflammation du cœur. Nous sommes réduits à l'admettre par analogie plutôt que sur des faits positifs et bien observés. Toutefois il est difficile de penser que le péricarde, qui recouvre le cœur, et que la membrane interne de cet organe puissent être enflammés sans que celui-ci participe à cette inflammation; il n'est pas moins difficile de penser que des ulcérations intérieures ou extérieures puissent avoir lieu sans inflammation préalable. Enfin, il est probable que le ramollissement du cœur, lorsqu'il n'est pas le résultat d'un état scorbutique, ou l'effet de la putréfaction, et lorsqu'il a été précédé de signes marqués de réaction, est aussi la suite de l'inflammation; peut-être même l'endurcissement des parois de ce viscère, général ou partiel, n'est-il aussi que la suite d'une cardite chronique. Mais, malgré ces probabilités, dans l'état actuel de la science, nous manquons de faits précis et complets pour nous élever à la description générale de cette maladie. Nous pensons même que les auteurs qui en ont décrit les signes se sont plutôt conduits par analogie et par conjectures que d'après des exemples bien avérés. Il est cependant vraisemblable que ces signes sont les mêmes que ceux des maladies du cœur en général, c'est-à-dire le dérangement plus ou moins grand de la circulation et de la respiration, avec un appareil fébrile plus ou moins prononcé; ces signes doivent offrir la plus grande analogie avec ceux de la péricardite.

Lorsque le cœur est ramolli, ses contractions sont accompagnées d'une impulsion faible, obtuse, inappréciable; leur son est obscur et sourd; elles sont vives, précipitées, convulsives, à l'état aigu; elles sont plus lentes à l'état chronique. Dans le ramollissement aigu, le cœur est ordinairement d'un rouge brun, marron, noirâtre; dans le ramollissement chronique, il est jaunâtre, blanchâtre, pâle, etc.

Lorsque le cœur est endurci, les signes qui le font reconnaître sont ceux de l'hypertrophie; le choc et le son de ses contractions présentent une grande intensité, à moins que l'endurcissement ne soit général, ce qui doit empêcher les mouvements de cet organe. Cet endurcissement varie depuis une consistance un peu plus grande que celle qui caractérise l'état physiologique, jusqu'à une dureté presque cartilagineuse.

On a trouvé le cœur cancéreux, on a aussi trouvé des tubercules, des kystes séreux, des hydatides et autres productions accidentelles dans cet organe; mais on ne connaît pas encore les signes fonctionnels de ces diverses altérations.

Hypertrophie du cœur.

Rien n'est plus fréquent que l'épaississement des parois du cœur. Cet épaississement peut avoir lieu concurremment avec la dilatation, le rétrécissement, ou la capacité physiologique des divers cavités de cet organe. Ces distinctions puériles sont en possession de fixer d'une manière singulière les regards des personnes qui voient peu de malades; mais elles attirent peu l'attention de ceux qui cultivent la médecine dans un vaste champ d'observation.

Il est possible que le cœur s'hypertrophie d'une manière primitive, par une disposition héréditaire ou acquise; mais ayant eu occasion d'ouvrir, sans contredit, plus de mille individus avec des hypertrophies des parois du cœur, il ne nous est jamais arrivé de rencontrer cette hypertrophie simple. Nous pouvons attester que nous avons toujours rencontré un obstacle au cours du sang, obstacle qui, exigeant de la part du principal organe de la circulation un redoublement d'effort pour être surmonté, devait nécessairement amener l'épaississement des parois du cœur. Sans doute cela tient à notre position; sans doute que l'âge de nos malades doit en être considéré comme la cause. Mais cette hypertrophie étant extrêmement fréquente chez eux, étant leur principale maladie, celle d'où dérivent la plupart des autres, et tellement fréquente qu'elle pourrait être regardée comme un état physiologique, si elle n'amenait pas la mort, nous pensons que c'est d'après ces faits que doit être tracé le tableau de l'hypertrophie du cœur, et non d'après les autres faits bien plus rares qu'on ne peut guère regarder que comme exceptionnels, et qui sont plutôt le résultat de la spéculation que celui d'une observation exacte et rigoureuse. La nature ne fait rien pour rien. Ici vous trouvez un obstacle, et par suite un accroissement dans l'organe chargé de le vaincre; l'expérience et le raisonnement sont dans un parfait accord; rien n'est plus satisfaisant pour l'esprit. Là, au contraire, vous êtes réduit à imaginer une cause obscure, un surcroît d'action dans un organe, une *prédisposition naturelle* ou *acquise*, une *irritation nutritive*, et autres choses merveilleuses dont vous ne pouvez vous rendre compte. Une hypertrophie, un anévrysme du cœur sans obstacle au cours du sang sont des choses difficiles à concevoir, et, si elles existent, très-rares dans la nature. Il est vraisemblable que, dans les faits de ce genre cités par les auteurs, cet obstacle à la circulation n'aura pas été reconnu. Nous répétons cependant que l'hypertrophie sans obstacle apparent est une chose possible.

Si l'hypertrophie du cœur dépend dans la majorité des cas d'un obstacle au cours du sang, il est évident qu'elle n'est qu'un effet, qu'un résultat, et non la maladie véritable; la maladie, c'est l'obstacle lui-même; il est évident aussi que l'expression fonctionnelle doit varier selon la nature et la position de cet obstacle. Il est évident encore que si cet obstacle n'existait pas, si l'hypertrophie était simple et primitive, cette expression fonctionnelle ne serait pas la même. Voici les signes de l'hypertrophie sans obstacle sensible à la circulation.

Les battements du cœur, beaucoup plus forts que dans l'état physiologique, soulèvent les côtes, sont sensibles à la vue, au toucher et à l'ouïe, dans une étendue variable. La main de l'observateur est frappée et repoussée par des pulsations plus ou moins violentes qui ébranlent le thorax, et même les objets contigus. Une chose bien singulière, et que nous

avons déjà remarquée, c'est que ces palpitations si manifestes pour le médecin sont souvent insensibles pour le malade. Lorsque l'hypertrophie est simple sans dilatation, le son des pulsations est sourd, obscur, les contractions s'exécutent avec lenteur, et ne s'entendent qu'à la région précordiale. Les battements du cœur sont en même temps clairs, sonores et étendus, lorsqu'il existe concurremment la dilatation des cavités. L'ordre dans lequel les pulsations se succèdent, les temps qui les séparent, leur durée, n'offrent rien de remarquable d'ailleurs; mais de loin en loin, les mouvements du cœur sont précipités, il existe de véritables palpitations. Si l'on percute la région précordiale, elle rend un son plus obscur que dans l'état sain. Le pouls est fort, dur, vibrant, mais régulier, quelquefois vite et fréquent; cette vitesse et cette fréquence, qui coexistent avec les palpitations, sont excitées par un exercice un peu fort, l'action de courir, de monter, etc.; les cris, les chants, les impressions morales vives, produisent les mêmes effets. La circulation ne saurait être troublée sans que la respiration ne participe plus ou moins à ce trouble; aussi les malades ont-ils la respiration gênée, éprouvent-ils des étouffements plus ou moins marqués, et cela sans doute par la congestion du sang dans le poumon. On doit ajouter à ces signes la coloration animée de la face, des congestions fréquentes vers la tête et vers tous les organes perméables au sang; congestions annoncées par tous les signes qui les caractérisent, et souvent par de véritables hémorrhagies, ou des inflammations qu'on peut appeler consécutives, etc.

Les signes que nous venons d'exposer varient suivant que l'hypertrophie est générale, qu'elle occupe le ventricule gauche, le ventricule droit ou les oreillettes. Dans le premier cas, les battements du cœur se font également sentir à droite et à gauche, ils s'étendent même quelquefois à l'épigastre; dans le second, ils sont plus sensibles à gauche, vers les cartilages des cinquième et sixième côtes, et le pouls est fort, dur, vibrant; il existe des signes de congestion cérébrale et capillaire. Dans le troisième, le choc se fait sentir vers la partie inférieure du sternum et beaucoup moins à gauche; la circulation générale est peu changée; il existe des phénomènes de congestion pulmonaire.

Les malades sont sujets aux hémoptysies, et l'on observe quelquefois les battements des veines jugulaires.

Lorsque l'hypertrophie reconnaît pour cause un obstacle au cours du sang, ce qui est le plus ordinaire, on observe les mêmes phénomènes; mais, vers la fin de la maladie, le sang stagne dans tous les tissus susceptibles de le contenir; de là une foule d'accidents divers que nous avons déjà signalés plusieurs fois. Cet obstacle est le plus souvent l'ossification des valvules aortiques ou de l'aorte pectorale, avant la naissance des sous-clavières, ou après la naissance de ces artères. Alors, stase du sang dans le ventricule, efforts répétés de ce ventricule pour vaincre l'obstacle, projection plus forte de ce fluide vers le cerveau; de là étourdissements, éblouissements, vertiges, tintements d'oreilles, congestion cérébrale, en un mot, disposition aux hémorrhagies, aux inflammations de l'encéphale et des méninges; petitesse, dureté, inégalité, intermittence du pouls. Lorsque l'obstacle existe avant les sous-clavières, stase du sang dans l'oreillette gauche, dans le poumon; dyspnée, étouffement, augmentation de l'exhalation bronchique, catarrhe, pneumonie, pleurésie, hémoptysie; stase dans le ventricule droit, dans l'oreillette du même côté, dans tout le système veineux; de là coloration violette des lèvres, de la face et de la peau en général; même coloration de la membrane muqueuse des intestins; augmentation de l'exhalation muqueuse et de la perspiration gazeuse; vents, borborygmes, éructations, douleurs intolérables à l'épigastre, et inflammation mécanique des intestins; infiltration des paupières, des membres inférieurs, puis épanchement de sérosité dans toutes les cavités séreuses; enfin suffocation, étouffement, en général périodique, augmentant surtout dans les temps froids et secs, par six ou huit degrés de gelée; plus tard, rémittent; enfin continu, lorsque la lésion organique est arrivée au dernier degré. Mort.

Le cœur est augmenté, il paraît doublé et triplé de volume; il est plus rond que dans l'état naturel; ses parois, coupées en travers, sont sensiblement épaissies. Le ventricule gauche, épaissi uniformément, mais surtout vers sa base, est d'une consistance ferme; il est rouge, à peu près comme dans l'état naturel; il est rare qu'il soit partiellement hypertrophié. Le ventricule droit, au contraire, s'épaissit presque constamment d'une manière irrégulière; ce sont presque toujours ces colonnes charnues qui sont augmentées d'épaisseur, ce qui donne à l'intérieur de cette cavité un aspect festonné. L'hypertrophie est souvent bornée au ventricule gauche, c'est le cas le plus commun; le ventricule droit paraît alors comme atrophié. D'autres fois celui-ci est hypertrophié en même temps que l'autre, ce qui est plus rare; enfin il est quelquefois hypertrophié seul, il égale alors le ventricule gauche en épaisseur. Les cavités de ces ventricules sont augmentées, ou diminuées, ou naturelles. L'hypertrophie des oreillettes suit les mêmes lois, mais elle est plus difficile à reconnaître.

Dans la majorité des cas, on trouve des concrétions osseuses aux valvules aortiques; l'aorte elle-même est ossifiée par places plus ou moins étendues; son calibre est augmenté ou diminué, etc. Il n'est pas rare aussi de trouver des concrétions calcaires dans les orifices et les valvules auriculo-ventriculaires.

Atrophie du cœur.

L'atrophie du cœur est l'état opposé au précédent. Il se montre avec des modifications analogues, c'est-à-dire avec agrandissement, diminution ou état naturel des cavités; elle attaque toutes les parois, ou celles d'un seul ventricule ou les oreillettes; enfin elle peut être partielle. On est réduit à penser que les signes d'un semblable état seraient l'absence plus ou moins complète des pulsations du cœur, du choc et même du bruit qu'elles occasionnent, excepé pourtant lorsqu'il existe un anévrysme concomitant; la faiblesse, la petitesse du pouls, et l'anémie générale.

Anévrysme du cœur.

La dilatation des cavités du cœur a lieu concurremment avec l'épaississement des parois, leur amincissement ou leur diamètre normal. Elle est générale ou partielle; elle occupe les oreillettes ou l'un des deux ventricules. Les signes auxquels on peut la reconnaître sont l'étendue des battements du cœur, qui se font sentir dans toute la cavité gauche du thorax, antérieurement et postérieurement; à la partie antérieure du côté droit, et quelquefois,

dans les cas extrêmes, dans la partie postérieure gauche. L'impulsion, le choc des pulsations, est d'autant plus faible que les parois du cœur sont plus minces; mais en même temps le bruit qu'elles font entendre est infiniment plus éclatant. Le bruit de la contraction des ventricules est aussi fort que celui des oreillettes, auquel il succède. Lorsque la dilatation occupe les cavités gauches, le bruit est plus sensible de ce côté, l'impulsion y est moindre; lorsqu'elle a lieu à droite, le bruit est plus fort sous le sternum et dans le côté droit de la poitrine.

Le pouls est ordinairement faible, quelquefois irrégulier, intermittent. Tous les phénomènes fonctionnels, médiats ou immédiats des maladies du cœur, accompagnent d'ailleurs cette altération.

Altérations des parois du cœur.

Les parois du cœur sont le siége de quelques altérations que nous devons seulement mentionner. Elles peuvent être détruites par une espèce d'ulcération. Corvisart en rapporte un exemple qui lui a été communiqué par mon collègue et ami docteur Ferrus, et ces exemples ne sont pas très-rares. Les signes propres à faire reconnaître cette lésion ne sont pas encore fixés.

Nous devons signaler aussi une espèce d'anévrysme partiel des parois du cœur. Une poche anévrysmale, plus ou moins volumineuse, contenant de la fibrine concrète, paraît surajoutée aux parois du cœur. Les *Mélanges des curieux de la nature* en renferment un fait; Corvisart en a trouvé un semblable sur un jeune nègre; M. Bérard aîné, jeune médecin de la plus grande espérance, en a cité un exemple fort curieux; enfin, le célèbre Talma portait une semblable altération, laquelle, a-t-on dit, n'avait produit aucun symptôme pendant sa vie.

Rupture du cœur.

Depuis le Mémoire que j'ai publié sur les ruptures du cœur, j'ai eu encore quelques occasions d'observer ce terrible accident; la mort la plus rapide et la plus prompte en est ordinairement le résultat. J'ai cependant acquis la certitude que cette funeste lésion n'était pas nécessairement mortelle. Lorsque la déchirure des parois du cœur est oblique, lorsqu'elle est traversée de fibres qui adhèrent aux deux faces de la rupture, un caillot de sang s'y forme, s'y durcit, y contracte des adhérences; une péricardite partielle établit aussi des adhérences entre le cœur et le péricarde, et l'individu peut vivre ainsi plusieurs années. J'ai cité un fait très extraordinaire de ce genre dans le Mémoire dont je viens de parler.

Mais la mort subite n'est pas toujours le résultat d'une rupture du cœur; on sait qu'elle arrive souvent dans le cours d'une maladie du cœur, au moment où on s'y attend le moins : il faudrait bien se garder d'affirmer qu'il existe alors une rupture de cet organe; ce n'est qu'une suspension, une cessation de l'acte circulatoire.

Cet accident étant assez rare, nous ne nous y arrêterons pas plus long-temps; nous renvoyons le lecteur aux observations que nous avons publiées, ainsi qu'à celles de M. Blaud, etc.

Communication des cavités du cœur.

On rencontre assez fréquemment la communication des diverses cavités du cœur. M. Louis, que nous avons souvent cité, a publié un Mémoire sur cet accident; mais comme il n'existe aucun signe capable de le faire reconnaître pendant la vie, que la cyanose elle-même est loin de l'accompagner constamment, nous passerons sous silence ce genre d'altération du cœur, ainsi que les vices nombreux de conformation rapportés par les monographes.

Lésions des valvules aortiques et auriculo-ventriculaires.

Les altérations organiques des valvules auriculo-ventriculaires et aortiques sont fréquentes, et consistent principalement en dégénérescences osseuses, cartilagineuses, fibreuses, ou en végétations appelées verruqueuses. La plus fréquente de toutes ces altérations est sans contredit l'ossification des valvules ventriculo-aortiques. La proportion de ces ossifications relativement aux autres est de plus des dix-neuf vingtièmes. La plus rare est celle des valvules tricuspides et des valvules de l'artère pulmonaire.

Ces altérations organiques, en rétrécissant les orifices où elles siégent, gênent le cours du sang, et produisent les symptômes que nous avons déjà décrits, et sur lesquels nous ne reviendrons pas: mais en outre elles occasionnent quelques symptômes locaux qui leur sont propres. En appliquant la main sur la région précordiale, on éprouve une espèce de frémissement difficile à décrire; les battements de cœur sont ordinairement très-forts, et contrastent avec la petitesse, la dureté, l'inégalité, l'irrégularité du pouls. Quelquefois le frémissement dont nous parlons se fait sentir aussi dans le pouls : on peut observer ce phénomène lorsque la lésion occupe les valvules aortiques et mitrales. Lorsqu'elle siége dans les orifices du cœur pulmonaire, on sent le même frémissement; mais le pouls est plus fort, plus égal, plus régulier; il ne participe pas au désordre du cœur. Lorsque l'obstacle occupe les valvules ventriculaires, en appliquant l'oreille on entend un bruit de soufflet ou de lime, qui succède à la contraction des oreillettes; si l'obstacle est dans les valvules artérielles, ces bruits succèdent à la contraction des ventricules. Dans tous les cas, il est impossible d'assigner à quel côté du cœur appartiennent les lésions dont nous parlons.

A la mort, on trouve des incrustations osseuses de forme, de grandeur et de nombre variables; rugueuses, âpres au toucher, irrégulières, ou lisses, polies, rondes, ovales, aplaties, occupant toutes les valvules, ou seulement une partie; situées hors de la membrane ou sous cette membrane, etc.; déformant toujours, rétrécissant les ouvertures où elles se rencontrent. On ne trouve souvent qu'un tissu dense, blanc-jaunâtre, fibreux ou cartilagineux, variant aussi de forme, d'étendue, etc. Enfin on rencontre de véritables végétations charnues occupant ordinairement le bord libre des valvules, présentant l'aspect des poireaux vénériens, de la grosseur d'un grain de millet ou d'un pois, polis ou irréguliers, mous ou denses, uniques ou multiples.

Palpitations nerveuses.

L'influence de l'encéphale sur les mouvements du cœur est telle, qu'il n'est peut-être pas de phénomène plus vulgairement connu. Toutes les passions, qui ne sont que des manières d'être du cerveau, exercent une influence plus ou moins puissante

sur les contractions du cœur. Il faudrait les énumérer toutes pour faire voir qu'il n'en est aucune qui n'existe, ne dérange, ne pervertisse ou ne suspende la circulation. Nous renvoyons le lecteur à notre *Cours d'hygiène*, à l'article *Passions*, où ce sujet se trouve traité avec quelques détails; ce que nous disons en ce moment nous doit suffire. De plus, le mouvement, les travaux intellectuels, actes cérébraux comme les passions, produisent sur le cœur les mêmes effets. Enfin, les nerfs qui se répandent à cet organe sont susceptibles sans doute d'être malades. Il suit rigoureusement de ces considérations qu'il peut exister des palpitations purement nerveuses, et qu'il en existe même un très-grand nombre.

On reconnaît les palpitations nerveuses aux signes que nous avons exposés précédemment.

Maladies de l'aorte.

Les maladies de l'aorte, sur lesquelles nous allons un moment fixer notre attention, sont l'inflammation, la dilatation, la rupture, l'ulcération, l'ossification, le rétrécissement, etc.

Inflammation de l'aorte.

Les études nécrotomiques ont fait connaître une grande diversité d'altérations de tissu de l'aorte : la physiologie pathologique de ces états morbides est loin d'être aussi avancée. Malgré les prétentions de quelques modernes, nous croyons que cette partie de l'art mérite de nouvelles recherches et qu'elle est loin de sa perfection. L'aortite nous paraît très-propre à confirmer la fâcheuse proposition que nous venons d'émettre sur ce sujet; nous pensons que tout, jusqu'aux lésions organiques, est le résultat de spéculations théoriques, ou l'effet de quelque illusion plutôt que le fruit d'une expérience certaine. Je ne comprends pas comment les auteurs qui ont décrit avec complaisance les diverses nuances qu'ils ont trouvées sur l'aorte, ont pu y voir autre chose que l'effet d'une véritable imbibition, d'une pénétration de tissu purement physique, sans doute cadavérique, et due à des causes fortuites, telles que la putréfaction ou autre. Pour justifier notre étonnement, il nous suffira de faire connaître les principaux caractères donnés par ces auteurs : la rougeur plus ou moins éclatante ou obscure, quelquefois violette et même noire, est *plus foncée* dans les cavités *droites* que dans les gauches; elle est *bornée à la membrane interne;* lorsqu'on la détache, la membrane sous-jacente est dans l'état naturel; cette rougeur est une *véritable teinture;* on ne voit jamais d'injection vasculaire : elle *disparaît complètement par la macération;* elle est générale ou partielle; elle n'est jamais accompagnée de l'épaississement de la membrane. Nous le demandons, cette description indique-t-elle bien les traces d'un travail inflammatoire?

Les cas où l'aortite a laissé de fausses membranes ou des ulcérations sont bien plus concluants; mais sont-ils en assez grand nombre et assez bien constatés pour fournir les bases d'une histoire générale? Malgré ce que nous venons de dire, nous ne prétendons pas rejeter l'existence de cette phlegmasie; nous voulons seulement dire que les observations sur lesquelles elle repose ne nous paraissent pas irrécusables.

Quant à l'opinion qui fait dépendre les autres altérations de l'aorte, telles que les plaques jaunâtres, cartilagineuses, crétacées, athéromateuses, de l'état inflammatoire, j'ose affirmer qu'elle est entièrement hasardée. Ces dégénérescences, extrêmement fréquentes chez les vieillards, je dirais presque constantes, surviennent toujours d'une manière insensible, sans travail inflammatoire. Si elles ont paru quelquefois après un semblable travail, ces cas doivent être regardés comme de simples exceptions, et non comme des lois générales, et dans ce cas le travail inflammatoire n'explique rien, pas plus que le travail physiologique la perversion de nutrition. Cette ossification est la même que celle qui s'opère dans les cartilages et dans beaucoup de tissus chez les personnes avancées en âge, et n'est pas plus qu'elle la suite d'une phlegmasie, ce qui cependant peut s'observer quelquefois.

Quant aux signes fonctionnels qui pourraient déceler l'inflammation de l'aorte, ils se réduisent à des pulsations violentes dans une certaine étendue de ce vaisseau; pulsations qui se propagent quelquefois dans tout le système artériel, et sont, dans certains cas, accompagnées de douleur sur le trajet de l'aorte; à la concomitance des phénomènes généraux ordinaires aux phlegmasies, avec absence des signes d'inflammation dans les autres organes de l'économie animale.

Anévrysme de l'aorte.

Les malades atteints de cette maladie présentent pour signes un bruissement particulier sur le trajet de l'aorte, dans un lieu autre que le cœur; quelquefois un sifflement remarquable quand ils toussent, parlent ou respirent; ce qui dépend de la compression des conduits aériens par la tumeur; l'obscurité du son dans la partie moyenne de la poitrine; la petitesse, l'inégalité, l'irrégularité du pouls dans les deux avant-bras; la plupart de ces signes sont communs aux diverses maladies du cœur, et principalement aux altérations des parois aortiques qui gênent le cours du sang. L'auteur de l'auscultation pense que ce moyen est assez infidèle pour faire reconnaître la dilatation de l'aorte : cependant si l'on entend un bruit plus clair, plus sonore que dans l'état naturel, dans un des points de l'aorte; si le choc que l'instrument reçoit est tel qu'il soulève la tête de l'observateur, et frappe désagréablement son oreille; si ce bruit ne s'étend que dans un espace circonscrit, si le battement est simple, si le calibre de l'artère paraît augmenté, si l'on entend aussi un frottement particulier, une espèce de bruit de soufflet, etc., et s'il existe d'autres signes généraux de maladies des organes circulatoires, et absence des phénomènes de réaction, on pourra fortement soupçonner l'existence de la dilatation de l'aorte; et suivant la hauteur où les signes locaux s'observeront, on jugera quelle est la portion de l'aorte qui est altérée. Lorsque l'aorte fait saillie au-dehors, les pulsations expansives de la tumeur ne permettent pas d'en méconnaître la nature.

Lorsque la tumeur formée par la dilatation de l'aorte comprime un organe voisin, altère sa texture, le gêne dans ses fonctions, aux symptômes que nous venons d'exposer on doit joindre alors ceux que donnent les altérations fonctionnelles de ces organes. C'est ainsi que la voix et la respiration sont gênées et altérées, sifflantes, lorsque l'anévrysme comprime les conduits aériens; les défaillances, les syncopes, les étourdissements, sont la suite ou de la stase du sang dans le cerveau, ou de la difficulté de son abord vers ce viscère; la dysphagie, celle de la compression de l'œsophage.

Enfin l'anévrysme peut se rompre dans la trachée-artère, dans le poumon, dans l'œsophage, dans l'estomac, dans une anse intestinale, dans la vessie, dans les replis du mésentère, et occasionner une hémoptysie, un hématémèse, une hémorrhagie intestinale, une hématurie, un épanchement interne, suivis d'une mort prompte.

La nature procède de plusieurs manières à l'augmentation du calibre de l'aorte. Cette artère est quelquefois dilatée dans toute sa circonférence, dans l'étendue de quelques pouces; elle est alors lisse, polie; ses parois sont épaissies; elles sont d'autres fois rugueuses, dures, inégales, bosselées, parsemées d'une multitude d'irrégularités, de petits enfoncements, etc. Dans certains cas la dilatation n'occupe qu'une moitié de l'aorte ou qu'une partie très-circonscrite; cette dilatation partielle peut avoir lieu sans altération de tissu ou avec altération d'une, de deux ou même de toutes les membranes artérielles.

Les membranes interne et moyenne peuvent s'ulcérer, se rompre; le sang s'épanche au-dehors, il est contenu par la tunique cellulaire et par les parties environnantes, qui lui forment une poche; il s'y coagule par couches fibrineuses, dont les plus denses et les plus organisées sont les plus extérieures; les plus rouges, les plus molles sont les plus intérieures. Dans quelques circonstances assez rares la membrane interne est déchirée par une lame osseuse, et le sang s'infiltre sous cette espèce de scissure pour former la poche anévrysmale.

Les deux altérations précédentes, la dilatation et la rupture des parois, peuvent se rencontrer simultanément. La membrane interne peut conserver son intégrité, et faire hernie à travers la rupture de la membrane moyenne et externe; mais ce cas est rare, et celui de sa destruction ainsi que celui de la membrane fibreuse est bien plus ordinaire.

On conçoit aisément que les parties voisines des tumeurs anévrysmales finissent par se trouver englobées dans les parois du sac qu'elles concourent à former à fortifier, et que plus tard ces parties peuvent être enflammées, détruites, et devenir le siége des hémorrhagies dont nous avons parlé. Les os voisins de la poche anévrysmale sont détruits par un mécanisme que les auteurs ont expliqué diversement, mais qui nous paraît être une véritable usure. Les téguments sont souvent distendus et enflammés par la tumeur; la trachée-artère peut être aplatie, comprimée, ulcérée; l'anévrysme peut s'ouvrir dans le tissu même du poumon, dans l'œsophage, dans l'artère pulmonaire, dans le médiastin postérieur, dans les cavités pleurales, dans le canal rachidien après avoir détruit les vertèbres, dans le canal thoracique, etc.

Du rétrécissement de l'aorte.

Tous les médecins qui se livrent aux recherches cadavériques ont eu de fréquentes occasions de voir des rétrécissements plus ou moins marqués de l'aorte. Cette coarctation est même une des causes les plus fréquentes des dilatations de ce vaisseau dans une des portions de son trajet qui précèdent ce rétrécissement, et des anévrysmes et des hypertrophies du cœur; mais on ne peut encore assigner les signes pathognomoniques de ce genre d'altération.

Nous en disons autant des dégénérescences osseuses, calculeuses, cartilagineuses, athéromateuses, ulcéreuses, etc., des parois de l'aorte, que, par conséquent, nous nous dispenserons d'exposer en détail.

De la Phlébite.

L'attention des observateurs a été appelée, dans ces derniers temps, sur l'inflammation des vaisseaux, particulièrement sur celle des veines, qu'on a désignée sous le nom de *phlébite*. Il est bien question dans les auteurs anciens de symptômes graves, de lésions cadavériques diverses qui appartiennent à la phlegmasie veineuse; mais, en général, on n'avait point fait coïncider le groupe des symptômes aperçus durant la vie avec les résultats de l'observation nécrologique. Nous n'avions point d'histoire de la phlébite, lorsque M. Breschet essaya de nous en donner une dans les savantes notes dont il enrichit l'ouvrage d'Hogdson. Depuis cette époque de nombreuses recherches ont été faites, d'importans travaux ont été publiés, tant en France qu'à l'étranger, et aujourd'hui l'inflammation veineuse est tout aussi bien connue, tout aussi heureusement traitée que la plupart des autres phlegmasies (1).

Trois ordres de symptômes correspondant à autant de degrés de la phlébite peuvent être admis dans l'histoire générale de cette maladie. Le premier ordre est caractérisé par des phénomènes purement locaux, sans réaction fébrile; le second par des phénomènes généraux ajoutés aux premiers et en rapport avec l'étendue et l'intensité de l'inflammation; le troisième enfin par des phénomènes plus graves, indiquant le passage du pus dans le sang, et, par suite, des désordres profonds, qui, rapprochant la phlébite des fièvres typhoïdes, ont dû, dans quelques cas, la faire prendre pour une affection de cette nature.

Ces trois ordres de symptômes ne sont pas si distincts qu'on puisse toujours les signaler et les prédire à l'avance; mais le plus souvent on les voit se dessiner parfaitement, par exemple, dans l'inflammation des veines sous-cutanées qui survient après l'opération de la saignée. Dans ce cas, une douleur locale avec gonflement, rougeur des bords de la plaie, est le premier phénomène qu'on observe. Une sérosité roussâtre ou purulente s'échappe par l'ouverture de la veine, et l'inflammation, bornée à l'orifice du vaisseau, se termine ou par résolution ou par formation d'un petit abcès qui guérit en quelques jours. Mais si l'inflammation s'étend, se propage le long du vaisseau, des phénomènes nouveaux apparaissent: la douleur augmente; la peau devient rouge, tendue; le trajet des veines se décèle par des lignes rouges, inégales, plus ou moins dures, saillantes, noueuses en quelques points, roulant sous le doigt, et ressemblant à des cordons pleins dans lesquels stagne le fluide en circulation. Le membre s'engorge, se tuméfie, effet de l'inflammation du tissu cellulaire ambiant, ou de l'obstacle opposé à la circulation dans les veines malades; une sorte d'érysipèle phlegmoneux se développe, et une fièvre symptomatique plus ou moins grave, suivant la constitution des sujets, l'étendue de l'inflammation, annonce la deuxième période que nous avons signalée. A ce degré de la maladie, la phlegmasie se borne, donne lieu à des abcès disséminés, qui s'ouvrent et suppurent; ou bien elle s'étend et se propage : mais dans l'un et l'autre cas le pus peut être résorbé, porté dans toutes les parties de l'organisation où il produit des désordres qui

(1) Parmi ces travaux nous devons citer l'intéressant mémoire de M. le docteur Dance.

amènent la mort par une sorte d'empoisonnement (1). Cette dernière période de la maladie est marquée par des frissons, des chaleurs, des douleurs vagues, superficielles ou profondes, fixées sur les articulations ou les différents viscères, et simulant les formes erratiques des affections rhumatismales. A leur suite, des symptômes ataxiques se prononcent; le délire est le phénomène prédominant; il revient par exacerbations, ou persiste jusqu'à la fin de la maladie. Quelquefois sans phénomènes nerveux, une adinamie profonde se déclare, la face s'altère, devient pâle, terreuse; la faiblesse est générale, et va quelquefois jusqu'à l'insensibilité; la langue rougit, se dessèche, se couvre d'un enduit noirâtre; le ventre se météorise; le dévoiement survient; la respiration est accélérée, anxieuse; le pouls petit, vif, fréquent; des sueurs abondantes couvrent la peau; un ictère quelquefois se montre brusquement, ou bien c'est une éruption de pétéchies, une parotide, ou des gangrènes partielles qui annoncent la terminaison funeste de la maladie.

Mais la phlébite peut varier dans ces symptômes généraux suivant que la cause d'irritation a pris telle ou telle direction. Ainsi il n'arrive pas constamment que la plegmasie se développe en suivant le cours du sang dans le vaisseau; quelquefois on la voit s'étendre dans une direction opposée à celle de la circulation sanguine dans les veines. Dans ce cas, la phlébite moins grave se confond avec un érysipèle simple ou un érysipèle légèrement phlegmoneux. L'art est tout-puissant pour arrêter ses progrès. L'inflammation a pris naissance dans des veines profondes; les deux premières périodes peuvent manquer ou être inaperçues, et alors la maladie a tous les caractères du typhus et peut être confondue avec lui. Enfin si tel plexus veineux est affecté, et si tel ou tel organe a une susceptibilité prédominante, dépendant d'un état maladif antérieur ou d'une disposition native, l'irritation apportée par la veine primitivement atteinte prendra une direction différente, et l'on verra se manifester des symptômes d'encéphalite, de pneumonie, d'hépatite, de gastrite, etc., qui pourront en imposer pour des phlegmasies mêmes de ces viscères.

Tous les organes recevant dans leur tissu l'élément veineux, tous peuvent être le siége de phlébite. Outre les inflammations veineuses, résultats de la piqûre, de la division, de la dilacération de ces vaisseaux, de l'introduction dans leur intérieur de principes délétères et contagieux, etc., on a vu la phlébite suivre la ligature du cordon ombilical, l'avortement, l'accouchement naturel. Dans ce dernier cas elle est caractérisée par des signes particuliers qu'il nous paraît utile de signaler, vu la fréquence et la gravité de la maladie.

Phlébite utérine. Long-temps on a désigné sous le nom générique de fièvre puerpérale diverses affections auxquelles les femmes étaient en proie après leurs couches. A mesure qu'on s'éclaira des lumières de l'anatomie pathologique, cette fièvre devint successivement une péritonite, une métrite, une phlébite. Les signes de la péritonite nous sont connus; essayons de saisir également ceux de la phlébite qui se développe dans l'utérus. Bien qu'elle coexiste souvent avec les deux premières affections, elle peut en être quelquefois isolée, et il importe, sinon pour la thérapeutique, du moins pour le pronostic, de bien saisir ses caractères. Voici les principaux : dans les premiers jours qui suivent l'accouchement après une suppression brusque de lochies, on voit survenir un engorgement douloureux dans le trajet des veines ovariques. Les membres inférieurs paraissent œdémateux, comme infiltrés; les ganglions inguinaux s'engorgent, et les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont extrêmement douloureux. Çà et là dans le tissu cellulaire sous-cutané ou autour des articulations se développent des abcès indolens ou des engorgements qui ne tardent point à la résolution. Plus tard, il survient du délire, des frissons irréguliers, en un mot des symptômes généraux qui annoncent l'extension de la maladie à tous les systèmes de l'économie, ou la troisième période de la phlébite, et qui ne permettent plus de la méconnaître. Dans les premiers symptômes que nous venons d'énumérer, on reconnaîtra sans doute ceux de l'affection qu'on a désignée sous le nom de *phlegmatia alba dolens*, ou œdème des femmes en couches; mais cette affection en effet n'est souvent autre chose qu'une phlébite; et bien que les recherches d'anatomie pathologique aient montré dans ces cas des altérations de diverse nature, nous sommes autorisés à penser que la *phlegmatia alba* n'est le plus souvent qu'une inflammation des veines crurales, iliaques, etc. Nous provoquons d'ailleurs les recherches des accoucheurs sur ce sujet.

Diagnostic différentiel. D'après ce que nous avons dit précédemment, nous distinguerons deux sortes de phlébites : l'une superficielle, l'autre profonde. Le diagnostic de l'une et de l'autre a ses difficultés; car l'inflammation, résidant dans un système général, peut amener le trouble dans les fonctions de tous les organes, et par conséquent en imposer sur le siége de la maladie. Toutefois ces difficultés pourront être levées si l'on s'aide des circonstances commémoratives, si l'on fait un examen attentif des symptômes locaux et généraux.

Si la phlébite est superficielle, si elle est une suite de la saignée, on ne pourra la confondre avec l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, parce que, dans celle-ci, la phlegmasie est toujours plus superficielle, moins intense, et que les vaisseaux se dessinent par une, deux ou trois petites lignes rouges, étroites, qui vont se rendre à des ganglions, qui sont eux-mêmes douloureux, enflammés et tuméfiés; sous ces lignes on ne sent ni tension ni corde inégale et noueuse. Un nerf est-il le siége de la maladie, la douleur se produit à l'instant même de la piqûre et se propage le long du bout supérieur et du bout inférieur, si ce nerf a été imparfaitement coupé; ou cette douleur est légère, momentanée, si le cordon a été coupé dans toute son épaisseur, et elle se propage du cordon vers les rameaux.

Si la phébite a son siége dans des veines profondes, il faudra avoir égard aux circonstances qui ont précédé la maladie, aux contusions, fractures, amputations, excisions, etc., sur le trajet des vaisseaux, aux circonstances surtout d'un accouchement, d'un avortement, d'une opération de taille, de lithotritie, etc. Le délire est quelquefois si prédominant qu'il semble indiquer une inflammation cérébrale primitive. Dans d'autres circonstances, une certaine rougeur de la langue, jointe à un dévoiement plus ou moins abondant, peut en imposer pour une affection gastro-intestinale. C'est

(1) M. Arnott a montré, par des faits qui nous paraissent péremptoires, que ce n'était point par l'extension de l'inflammation aux cavités du cœur, mais plutôt par l'effet d'une sorte d'empoisonnement ou d'altération du sang, que la mort avait lieu rapidement dans la phlébite. (London Med. and Phys. Journal, décembre 1827.)

alors qu'il sera utile de s'enquérir de l'invasion, de la marche, de l'ancienneté de la maladie. Des frissons spontanés annoncent souvent ces inflammations profondes. Il ne faudra point les regarder comme le prélude d'une fièvre intermittente pernicieuse, erreur d'autant plus facile que ces frissons reviennent quelquefois avec une sorte de périodicité.

Enfin, combien de fois ces douleurs aiguës, passagères, erratiques, qui annoncent la phlébite et la résorption purulente, n'ont-elles pas été prises pour des affections rhumatismales, et combattues comme telles jusqu'à la mort. C'est par l'examen attentif de toutes les circonstances qui ont précédé le développement des symptômes, par l'application des sens et l'exploration de tous les organes que l'on parviendra à éviter toute erreur.

Phénomènes organiques. Deux sortes de lésions s'observent sur les cadavres des individus qui succombent à la phlébite : 1° des lésions des troncs veineux dans lesquels a commencé la maladie ; 2° des lésions qui sont disséminées dans les différents organes ou parenchymes de l'économie. Parmi les premières, il faut noter l'injection, la rougeur de la membrane interne, qui, à elle seule toutefois, ne peut être regardée, dans tous les cas, comme une preuve de phlébite. A un degré plus avancé, la coloration anormale s'étend à la membrane moyenne et à l'externe. Toutes les trois sont épaissies, ramollies, faciles à déchirer, à séparer l'une de l'autre. Les veines simulent alors les parois des artères où elles sont converties en un tissu ligamento-fibreux, sans orifice central, et alors la circulation y est interrompue. Sur la membrane interne on a trouvé encore des ulcérations disséminées. Celles-ci s'étendent quelquefois aux trois tuniques, mais alors les bords de la perforation ont contracté des adhérences avec les tissus sous-jacents, et l'hémorrhagie veineuse n'a pu avoir lieu. On a admis la gangrène des parois veineuses, plutôt d'après la possibilité de son existence que d'après l'observation : nous ne l'avons pas rencontrée. Cette mortification peut cependant arriver lorsque tous les tissus enflammés se ramollissent et tombent dans une espèce de *deliquium*. Dans le sphacèle, dans la pourriture d'hôpital, le tissu veineux peut être frappé de mort et se désorganiser comme tous les autres systèmes organiques. Faut-il ranger parmi les terminaisons de phlébite la formation de noyaux osseux dans l'intérieur des veines, l'ossification de leurs parois? nous ne le pensons pas. Dans l'intérieur du vaisseau on trouve des caillots sanguins, fibrineux, purulents, ou même du pus en nature, tantôt liquide, blanchâtre, tantôt grumeleux, jaunâtre. On peut le faire fondre en plus ou moins grande quantité par la pression. Quelquefois la phlébite est bornée par un caillot sanguin qui remplit le calibre du vaisseau et empêche une communication directe entre la veine malade et celles qui la continuent. Autour des parois veineuses on observe des désordres concomitants. Le tissu cellulaire enflammé forme çà et là de petits abcès, qui sont limités par les aponévroses musculaires, ou pénètrent plus profondément à travers les ouvertures vasculaires de ces expansions fibreuses jusqu'aux muscles, et jusque dans les articulations.

On a vu le mal s'étendre aux os, et le canal médullaire être le siége d'une rougeur vive, avec infiltration de pus dans ses mailles. Dans ce cas, il pourrait devenir difficile de dire si le mal n'a pas commencé par le tissu le plus profondément situé. Les nerfs qui avoisinent les veines enflammées et qui rampent au milieu du pus, sont le plus souvent intacts, mais quelquefois ils ont paru injectés et leur névrilème ramolli. Les artères ne participent en rien à l'inflammation ; il n'en est pas de même des lymphatiques, qui sont quelquefois rouges, injectés, surtout dans les points où sont réunis les ganglions. La peau, quand elle est superficielle, présente les mêmes caractères que dans l'érysipèle ; mais lorsque la phlébite est profonde, l'enveloppe cutanée est au contraire moins colorée et comme œdémateuse. C'est ce que l'on voit dans la *phlegmatia alba dolens*.

Après la phlébite utérine, la matrice est plus volumineuse que ne le comporte l'époque qui s'est écoulée depuis l'accouchement. Sa cavité est tantôt recouverte par une sorte de couenne grisâtre, tantôt baignée par une sanie ichoreuse et fétide. Ses parois sont épaissies, ramollies. Les veines qui rampent dans son épaisseur se présentent sous la forme de sinus tortueux, remplis de pus jaunâtre ou blanc, plus ou moins consistant. La pression augmente l'écoulement. Le mal s'étend aux veines ovariques, hypogastriques, et plus loin encore.

Lorsque des symptômes d'infection purulente se sont manifestés, lorsque la phlébite est devenue on peut dire générale, on trouve des engorgements purulents, des abcès dans les différents organes, dans les poumons, le foie, la rate, le cerveau. Ces abcès ont des caractères particuliers qui doivent les faire distinguer des tubercules avec lesquels on les a souvent confondus. Dans le poumon, par exemple, ils se rencontrent plutôt à la base qu'au sommet de l'organe ; ils sont superficiels, sous-jacents à la plèvre, qui s'enflamme, s'épaissit et devient adhérente dans les points qui leur correspondent. On a dit que le siége particulier des abcès tenait à ce que la plupart des ramifications de l'artère pulmonaire se terminaient à la périphérie des poumons, avant de se continuer avec les veines, et ne permettaient pas au pus en circulation de cheminer à cause de leur capillarité. De plus, ces abcès ne se développent souvent que dans le poumon correspondant au côté du corps où existe l'inflammation veineuse. La manière dont ils se forment indique parfaitement leur nature. D'abord c'est une sorte d'infiltration sanguine, au milieu de laquelle on rencontre une ou plusieurs vésicules pleines de pus. Cette infiltration devient un noyau dur, noirâtre, qui blanchit peu à peu, et qui enfin se ramollit et se convertit en un véritable foyer purulent. On a pu observer tous ces degrés de développement sur un même poumon.

Outre ces infiltrations purulentes, on observe des altérations plus graves encore, des phlegmasies à différents degrés, des ramollissements du tube digestif, des gangrènes partielles, des épanchements divers, soit dans les cavités splanchniques, soit dans les articulations, en un mot tous les désordres qui caractérisent une infection générale du sang, et qui n'ont peut-être pas encore été toutes décrites ou prévues.

—

DEUXIÈME DIVISION.

DES MALADIES DONT LE SIÉGE N'EST QUE PROBABLE, OU MÊME ENTIÈREMENT INCONNU.

A mesure que le flambeau de l'anatomie pathologique va cesser de nous éclairer, nous n'allons plus marcher qu'à tâtons et en chancelant dans la carrière que nous parcourons. Dans les maladies dont nous avons tracé jusqu'ici le tableau, tout nous

était également connu, et les altérations morbides, et les expressions fonctionnelles; ou si, dans quelques-unes, nous ne connaissions que les caractères anatomiques sans les signes physiologiques, ou ceux-ci sans ceux-là, ce n'étaient que des cas exceptionnels et en général peu importants. Telles étaient les maladies de quelques organes obscurs et secondaires, quelques légions organiques rares de viscères, ou quelques névroses locales, que nous avons dû décrire avce les autres affections des organes dont elles modifient les actes. Hors ces cas, d'un intérêt assez minime, nous avons pu constamment rattacher les signes anatomiques à leurs expressions physiologiques. Il en est résulté pour l'esprit cette vive satisfaction que font éprouver les connaissances positives dont doit sortir le bien de l'humanité : tels sont les premiers effets de la médecine organique. Mais nous avons parcouru son vaste domaine; ce qui nous reste à examiner se dérobe, jusqu'à un certain point, à ses lois immuables; des observations ultérieures l'y rattacheront sans doute un jour; déjà même un grand nombre de maladies, que, par prudence, nous laissons encore dans cette dernière classe, pourraient en être séparées pour être rangées dans la classe précédente, où toutes doivent inévitablement rentrer. Mais ces maladies, dont le siége et les symptômes sont bien connus, diffèrent cependant des précédentes en ce que les altérations organiques qu'elles présentent ne sont pas aussi évidemment un phénomène principal, mais qu'elles ne sont qu'un effet, un résultat secondaire d'une cause particulière qui constitue véritablement l'affection, et dont on ignore la manière d'agir. Ainsi, par exemple, on sait que dans la rage le pharynx, le larynx, les bronches, les méninges, le cerveau, présentent des traces indubitables d'inflammation, mais on est obligé de convenir que ce ne sont pas ces altérations organiques qui constituent la rage, puisque tous les jours on observe ces phlegmasies sans aucun signe d'hydrophobie; on est obligé de convenir que la différence majeure réside dans la cause qui produit cette affection, c'est-à-dire dans le virus transmis par la morsure. Si dans quelques cas très-rares on a pu observer l'hydrophobie spontanée, cela prouve seulement que cette cause peut, sous certaines influences inconnues, se former pour ainsi dire de toutes pièces, comme le typhus, qui, se développant par infection, se transmet ensuite par contagion. Ainsi, bien qu'on connaisse les symptômes et les altérations organiques du plus grand nombre des maladies que nous allons étudier, nous n'avons pu les faire entrer dans la classe précédente, en raison de leur cause, qui en constitue pour ainsi dire l'essence. La plupart des empoisonnements sont dans ce cas. Nous savons que beaucoup d'entre eux déterminent des altérations organiques, mais nous savons aussi qu'ils n'agissent pas seulement en produisant ces altérations, mais en portant dans l'économie animale toute entière une influence délétère difficile à apprécier. Ainsi que nous allons le voir, les fièvres typhoïdes ne sont pas autre chose que de véritables empoisonnements miasmatiques. Qu'il existe dans ces cas des gastro-entérites et autres altérations organiques, cela est indubitable; mais que ces altérations constituent la maladie, c'est ce que nous ne saurions adopter, parce que les gastro-entérites qui fourmillent dans nos hôpitaux ne sont jamais ni la peste, ni la fièvre jaune, etc.

Il est extrêmement probable, d'autres diraient certain, que la cause toxique agit sur les fluides de l'organisme, et plus tard sur les tissus. La pathologie humorale peut revendiquer pour elle toutes les spécificités. Si nous avons placé dans la première partie quelques phlegmasies spécifiques, c'est que leurs caractères organiques offrent une si grande constance, qu'ils paraissent former le point capital de la maladie, et que d'ailleurs ces maladies peuvent guérir par un traitement simple.

Fièvres continues.

D'après les principes de la médecine organique, précédemment exposés, il est impossible de continuer à regarder les fièvres comme une simple agglomération de symptômes, sans chercher à les rattacher à des altérations organiques. Cette idée est due à l'illustre professeur Pinel, dont la France, le monde, l'humanité tout entière, déplorent la perte récente. Ce grand homme, si indignement attaqué dans ses derniers jours, a le premier cherché à fixer le siége des fièvres essentielles; il les avait même entièrement supprimées dans son premier travail, ainsi que nous l'avons déjà dit, et ce ne fut que plus tard qu'il consentit à les reproduire; mais le nom qu'il leur assigna reste pour attester qu'il les rattachait à une altération organique. Cet honneur lui étant rendu, nous devons déclarer, pour être juste, que cette idée fondamentale a été fécondée dons ces derniers temps par les travaux du professeur du Val-de-Grâce, qui se serait fait une réputation plus solide et plus justement acquise en restituant à son maître ce qu'il lui devait, et surtout en restant dans les bornes de la raison, dont il est incessamment sorti.

Il n'est pas étonnant que les fièvres aient été regardées, jusqu'à nos jours, comme des maladies essentielles ne laissant après elles aucunes traces, et qu'elles aient été considérées par les anciens médecins comme les plus nombreuses des maladies. Il était impossible qu'il en fût autrement. Il suffit de voir de quelle manière se sont établies les connaissances médicales pour se convaincre de l'inévitable nécessité de ce qui est arrivé. Pendant plus de deux mille ans on s'est borné à observer des symptômes sans faire d'ouvertures de corps : comment eût-il été possible de connaître ce qu'on ne voyait pas? comment les anciens auraient-ils pu attribuer à des altérations d'organes les symptômes qu'ils observaient, puisqu'ils ne voyaient pas ces altérations d'organes? C'est demander, c'est exiger l'impossible. Dans les phlegmasies, les phénomènes sympathiques, le consensus étant très-prononcé dans tous les organes de l'économie animale, ces phlegmasies durent rigoureusement être regardées comme des maladies générales, attaquant tout l'organisme. On leur donna le nom de fièvre parce que la chaleur, la soif, la fréquence du pouls, le malaise général, en étaient les phénomènes les plus ordinaires. Enfin elles durent paraître les plus communes des maladies, même à Boerhaave, parce qu'en effet les phlegmasies sont les maladies les plus fréquentes.

Ce défaut absolu d'ouvertures de corps dut faire adopter autant de maladies différentes qu'il existait de groupes particuliers de symptômes : d'où devait, d'une part, résulter le grave inconvénient de confondre sous une même dénomination et de croire identiques une multitude d'affections diverses; et, de l'autre part, l'inconvénient non moins grand de regarder comme des maladies différentes quelques variétés symptomatiques. Le nom d'*apoplexie* nous en a fourni l'exemple, au milieu d'un très-grand nombre. Nous savons aujourd'hui qu'ils con-

fondaient sous ce nom toutes les maladies du cerveau qui produisent l'*état comateux*, et nous prions le lecteur de se rappeler depuis combien de temps ces erreurs ont cessé d'exister. L'*asthme* nous en fournirait un second exemple, s'il était nécessaire. Ils n'étaient frappés que des apparences extérieures; comment n'y auraient-ils pas mis toute leur attention? De même qu'ils confondaient ainsi les maladies essentiellement différentes, ils séparaient des maladies identiques, pour peu que l'expression physiologique offrit quelque diversité : de là ces groupes infinis de fièvres, qui reçurent autant de noms qu'elles présentaient de nuances symptomatiques.

Le moment est venu de déblayer l'art de toutes ces sottises surannées. Elles ne se sont propagées jusqu'à ce jour que par le respect superstitieux et héréditaire qu'on porte aux grands hommes de l'antiquité. Assurément ce tribut d'admiration doit leur être payé : c'est une dette sacrée, c'est la religion du savant qui veut lui-même se faire un nom; car pourra-t-il obtenir de la postérité ce qu'il a refusé lui-même à ses prédécesseurs? Mais ce tribut d'admiration ne doit pas arrêter la marche de l'art. Jusqu'à ces derniers temps nous avons vu reconnaître la paralysie comme une maladie essentielle; nous avons vu admettre des maladies des propriétés vitales, etc. Pourquoi? parce que des grands hommes nous avaient transmis ces opinions mensongères. Nous avons osé attaquer un assez grand nombre de ces erreurs. Nous publions aujourd'hui, avec les principes de la médecine organique, les moyens de faire disparaître tous les préjugés antiques, et de les remplacer par des vérités éternelles.

D'après ces principes, nous pensons donc que les fièvres continues ne peuvent être conservées, qu'elles doivent disparaître de toute classification philosophique. Ces maladies ne sont que des phlegmasies viscérales, présentant quelques variétés symptomatiques. Les unes sont des phlegmasies simples, les autres ont un caractère de spécificité.

Parmi les premières nous plaçons la fièvre inflammatoire, qui n'est autre chose qu'une phlegmasie gastro-intestinale, ou autre, peu prononcée localement, mais produisant des symptômes sympathiques généraux très-intenses, se manifestant chez des individus sanguins et pléthoriques. Peut-être dans quelques cas, bien plus rares qu'on ne l'a dit récemment, le système circulatoire, et principalement l'aorte, le cœur, les gros vaisseaux, sont-ils le siége de l'irritation; mais les exemples apportés à l'appui de cette opinion ne nous ont pas paru entièrement concluants.

Il est indubitable, pour tout esprit non prévenu, que la fièvre bilieuse des auteurs, méningo-gastrique, n'est autre chose que la gastro-entérite simple survenant chez un individu doué de la prédominance du système digestif.

La fièvre muqueuse, adéno-méningée, est certainement aussi une inflammation de la plupart des membranes muqueuses, survenant dans les localités particulières, et chez les individus d'un tempérament atonique. La dothinentérite ne paraît être autre chose aussi que la fièvre muqueuse des auteurs; elle offre alors un caractère de spécificité.

La même phlegmasie peut revêtir la forme de la fièvre putride, adynamique. Mais cette forme adynamique, cette prostration de forces, peut accompagner toutes les phelgmasies intestinales, thoraciques, encéphaliques et autres. Cette fièvre n'est qu'une des formes de ces diverses inflammations, et non de la gastro-entérite exclusivement. Est-il vrai, ainsi qu'on l'a avancé nouvellement, que le sang soit dans un état de *putridité* dans cette prétendue fièvre? Bien que nous admettions l'altération incontestable des fluides, nous pensons qu'il faut attendre des observations ultérieures pour se prononcer sur un sujet aussi grave. Les expériences de MM. Gaspard, Magendie, Leuret et autres, rendent cependant cette opinion très-probable.

La fièvre ataxique, maligne, offre trop évidemment les symptômes de la méningite ou de l'encéphalite générale et superficielle pour que leur identité puisse être contestée. Il est possible que ces phlegmasies du cerveau et de ses enveloppes soient aussi produites par une cause spéciale, comme des matières animales en putréfaction, etc. Alors elles présentent sans doute un caractère particulier, qui entraîne les plus graves dangers, et exige un traitement spécial. Ces circonstances aggravantes peuvent même se rencontrer dans les autres phlegmasies, et exiger aussi des modifications thérapeutiques. On pourra s'assurer de l'existence des causes à la marche de la maladie, qui devient, de jour en jour, plus grave malgré les moyens antiphlogistiques les mieux administrés, et par les circonstances commémoratives.

Nous ne redirons pas que les fièvres lentes, hectiques, etc., ne sont que des fièvres symptomatiques des phlegmasies chroniques de divers viscères.

Nous renvoyons le lecteur aux articles gastrite, gastro-entérite, dothinentérite, méningite, encéphalite, etc., pour les caractères fonctionnels et organiques des maladies dont nous venons de parler.

Fièvres intermittentes.

Les fièvres intermittentes font jusqu'ici le désespoir de la médecine organique. Nous n'ignorons pas les efforts que l'on a faits pour les rattacher aux irritations, dont on a prétendu qu'elles n'étaient qu'une forme. Cette opinion n'a pas été difficile à soutenir, même par des preuves cliniques. Tout le monde sait en effet que dans le cours des fièvres intermittentes il se déclare un grand nombre de phlegmasies viscérales; personne n'ignore non plus que certaines phlegmasies primitives ont revêtu le type intermittent : de là on a conclu que la forme intermittente n'était qu'un phénomène purement secondaire, qu'une marche particulière des phlegmasies. A supposer que cela fût ainsi, il resterait encore à déterminer pourquoi ces phlegmasies ne sont pas continues. Mais qui ne voit ici qu'on a pris encore l'effet pour la cause? qui ne voit que les engorgements des viscères qui surviennent pendant le cours des fièvres intermittentes ne sont qu'un accident et non les causes de ces fièvres? qui ne voit encore que lorsqu'une inflammation primitive revêt le type intermittent, il existe autre chose que la phlegmasie, dont le caractère est ordinairement continu? qui ne sait enfin que la fièvre intermittente peut se montrer sans signes locaux? Il existe donc autre chose que la phlegmasie, et c'est précisément cette autre chose qui fait le point principal du sujet qui nous occupe. Ainsi l'on ne peut guère espérer que l'anatomie pathologique jette quelques lumières sur ce point obscur; car, à supposer qu'elle fît découvrir des altérations d'organes, il resterait encore à déterminer quelle est la cause de l'intermittence. Il est très-vraisemblable que cette cause réside dans un système général de l'économie, et, comme l'ont avancé plusieurs médecins, notamment MM. Georget et Rayer,

probablement dans le système nerveux. La cause qui donne naissance aux fièvres intermittentes est en général spécifique; ce sont presque toujours des émanations marécageuses, des détruitus organiques en décomposition, une forte chaleur jointe à l'humidité; d'où l'on peut conclure que l'action de cette cause s'exerce d'abord sur les fluides de l'organisme.

Les fièvres intermittentes se composent d'une série d'accès formés de trois stades, de froid, de chaleur, de sueur; ces accès se reproduisent à des intervalles variés, ce qui constitue le type de la fièvre intermittente. On donne le nom de fièvre *quotidienne* à celle dont les accès reviennent tous les jours; de *tierce, quarte,* à celle dont les accès se montrent les troisième et quatrième jour. La *double quotidienne* offre deux accès par jour. La *double tierce* présente des accès quotidiens, qui se correspondent pour l'heure tous les trois jours. Il est des *doubles quartes,* composés de deux accès consécutifs et d'une apyrexie au troisième jour. Quelques auteurs ont admis des fièvres *quintanes, sextanes,* etc.; des *triples tierces,* des *quartes doublées*, des *triples quartes,* des *demi-tierces*, etc. Il existe des fièvres *erratiques,* dont les accès n'ont rien de régulier; des fièvres *anomales,* dont les stades offrent des variétés remarquables. Dans ces dernières, une ou deux des trois stades peuvent manquer, l'ordre de leur apparition peut être interverti; enfin il existe des fièvres *larvées*, dans lesquelles on n'observe aucun des phénomènes de l'accès, mais bien un symptôme quelconque qui se reproduit périodiquement sous le même type.

Lorsque la fièvre intermittente est régulière, qu'elle affecte le type quotidien, tierce ou quarte, l'accès qui en forme le principal phénomène se présente avec des caractères qu'il est nécessaire d'exposer. Le malade, après avoir éprouvé un malaise général, des lassitudes, des douleurs articulaires, des pendiculations, est frappé d'une espèce de compression générale qui paraît amoindrir son corps; il est alors saisi d'un froid plus ou moins vif, accompagné ou non de tremblement : c'est le premier stade de l'accès. Ce froid, dont la violence et la durée varient, est général ou partiel; il se fait sentir aux pieds, aux mains, aux lombes, dans tout le corps. La peau est alors pâle et décolorée, jaunâtre, ou maculée de taches violettes; les bulbes des poils font une saillie remarquable sur la peau. L'attitude du malade est ramassée, en tas, comme dans le froid physiologique; les cuisses sont rapprochées du tronc, les jambes sont fléchies sur les cuisses, les bras croisés sur la poitrine, la tête penchée; les membres sont agités de tremblement, ainsi que les mâchoires; les dents font entendre leur claquement; la voix est altérée, tremblante; la bouche sèche, l'inspiration difficile, le pouls petit, concentré; la peau donne à l'observateur la sensation du froid; la perspiration est suspendue, l'urine claire et abondante. En même temps, des douleurs vives dans les membres, dans l'estomac; des nausées, des vomissements se manifestent dans ce stade. Au bout de quelques instants, quelquefois de plusieurs heures, le froid cesse, la chaleur s'établit, ordinairement d'une manière graduelle. Elle présente une durée et une intensité variables aussi; elle est partielle ou générale. Les phénomènes que nous avons décrits disparaissent, et sont remplacés par une teinte rosée de la peau, par le sentiment d'une chaleur insupportable, qui oblige le malade à changer de position pour chercher le frais. La soif devient plus vive, le pouls se développe et augmente de fréquence, la respiration est grande et facile; l'urine est rouge et colorée; la céphalalgie est plus intense : c'est le second stade. A celui-ci succède celui de la sueur. Cette sueur commence ordinairement à la tête, descend au cou, au tronc, aux membres; elle devient générale; elle est plus ou moins abondante, et présente des qualités qu'il est souvent très-important de noter. Un soulagement marqué suit cette diaphorèse : il semble au malade qu'il est guéri; il lui reste seulement une fatigue générale, un abattement, un accablement, qui n'a d'ailleurs rien de pénible. Alors commence l'intermission, c'est-à-dire la suspension des accidents; cet intervalle est plus ou moins long, ainsi que nous l'avons dit, et forme le type de l'intermittence.

La durée des fièvres intermittentes est illimitée; elles se terminent au bout de quelques jours, ou se prolongent pendant des mois et des années; il est presque toujours au pouvoir du médecin de les faire cesser. Au bout de quelque temps, le teint devient jaunâtre, mat, terne; les fonctions organiques languissent, s'altèrent; la rate, le foie, deviennent volumineux; les membres s'infiltrent, les forces et l'embonpoint diminuent.

Ce peu de mots suffit pour caractériser et faire reconnaître les fièvres intermittentes, la seule chose qui importe en ce moment.

On a multiplié à l'infini les divisions des fièvres intermittentes, d'après leurs types, d'après les temps où elles se montrent, d'après les phénomènes particuliers qu'elles présentent, etc., etc. Toutes ces distinctions sont loin de mériter l'importance que les monographes y ont attachée; mais ce serait commettre une grande erreur que de ne pas prévenir du danger imminent qui suit certaines intermittentes, et qu'à cause de cela on a nommées *pernicieuses*. Ces maladies funestes tuent le malade au deuxième, au troisième ou au quatrième accès, si le médecin n'en arrête le cours au moyen de l'héroïque remède qu'il possède pour cela.

Les principaux caractères auxquels on peut les reconnaître sont l'intensité plus grande des symptômes, et une série de phénomènes encéphaliques; diminution ou perte du sentiment et du mouvement, déjections involontaires d'urine ou de matières fécales, altération profonde des traits de la face, prostration des forces, insensibilité du pouls, ou du moins grande concentration; quelquefois irrégularité, intermittence des battemens du cœur et des artères. Le danger augmente à chaque accès, ce qu'il est facile de reconnaître à l'accroissement en durée ou en intensité des accidents graves.

Pendant les accès de ces fièvres, il n'est pas rare d'observer quelque phénomène organique ou fonctionnel prédominant. Les auteurs ont distingué autant de fièvres pernicieuses qu'il existe de ces sortes de prédominances : nous croyons ces distinctions assez superflues.

Après la mort des malades, on a trouvé une grande variété de lésions organiques, mais qui ne sauraient être considérées comme la cause des phénomènes intermittents, à moins qu'on ne suppose, ainsi que l'a fort bien dit M. Rayer, que la fièvre intermittente est tour-à-tour une gastrite, une entérite, une cardite, une encéphalite, etc.; ce qui est absurde. — La véritable cause organique de l'intermittence est inconnue; nous pensons qu'elle a d'abord son siége dans les fluides, dans le sang, et que de là elle influence d'une manière spéciale le système nerveux.

C'est bien vainement qu'on a entassé, depuis

quelques années, les sophismes et les explications pour prouver que le type des fièvres intermittentes n'était qu'un phénomène accessoire de peu d'importance; que ces fièvres, comme les fièvres continues, n'étaient que symptomatiques de phlegmasies locales, se présentant sous une forme partilière. Ce n'est pas sans dégoût qu'on lit ces verbeux amas de paradoxes dictés par l'esprit de parti, l'amour-propre et la mauvaise foi. Certes, si faibles de raisonnement qu'on suppose les partisans de semblables doctrines, si faciles qu'ils soient à se contenter de leurs propres explications, on ne peut les supposer assez stupides pour se payer d'aussi misérables suppositions. Et n'est-il pas plus beau, plus noble cent fois, d'avouer avec candeur son ignorance, de confesser qu'on ne connaît pas la cause de ce phénomène singulier, que de vouloir en imposer à soi-même et aux autres par les plus ridicules explications? Non, nous ne savons pas quelle est la cause organique de l'intermittence; non, elle n'est pas seulement une forme de l'irritation; non, l'irritation n'en est pas le phénomène principal; non, cette irritation ne doit pas faire la base de la thérapeutique; non, les altérations qu'on rencontre après la mort ne sont pas la cause de l'intermittence. Tous vos raisonnements n'expliquent rien, et après les avoir lus on n'en éprouve que le regret amer d'avoir perdu son temps, et de vous avoir vu employer vos moyens à soutenir la plus pitoyable des causes; on n'en reconnaît que plus encore l'obscurité profonde qui règne sur ce point, obscurité que vos vains débats n'aboutissent qu'à faire ressortir davantage encore.

Le type des inflammations simples est continu; lorsque ce type est intermittent, c'est qu'il existe autre chose que l'inflammation; celle-ci cesse d'être simple, et ne forme pas la circonstance principale de la maladie. Lorsqu'on trouve des inflammations après la mort des malades, ces inflammations ne peuvent être qu'accessoires, puisque dans les cas ordinaires leur marche est continue, et que, dans la majorité des cas, l'intermittence a lieu sans elles. Le type intermittent est le phénomène principal de ces maladies, puisque c'est sur lui qu'est fondé le traitement le plus héroïque que la médecine possède, et devant lequel doit fléchir l'orgueil de la médecine prétendue physiologique.

Toutefois il est indubitable que les fièvres intermittentes se montrent presque constamment avec quelque expression fonctionnelle prédominante. De là les genres que l'illustre Pinel avait adoptés, de là les preuves sur lesquelles on s'est appuyé pour constater l'existence d'une phlegmasie dans ces sortes de fièvres. Mais l'anatomie pathologique est loin d'avoir suffisamment éclairé ce point de doctrine; et à supposer qu'on eût constamment trouvé quelque lésion organique, il resterait toujours à déterminer pourquoi elle donnait lieu à des phénomènes intermittents.

Les fièvres rémittentes ne diffèrent des précédentes qu'en ce qu'il n'existe pas de cessation complète des symptômes, mais seulement une diminution notable de ces symptômes entre les accès.

Typhus, ou empoisonnements miasmatiques.

Typhus d'Europe.

En lisant avec attention les auteurs qui ont eu occasion d'observer le typhus dans son plus haut degré d'intensité, l'on est forcé de convenir, à moins de les accuser d'imposture, que cette maladie se contracte par contagion. Rien n'est plus concluant, à notre avis, que ce que rapporte Pringle. Une tente qui avait servi à couvrir des militaires attaqués de la fièvre d'hôpital ou typhus, dans leur transport sur des bateaux, fut donnée à vingt-quatre ouvriers, à Gand, pour être raccommodée; dix-sept de ces malheureux moururent du typhus. On trouve d'ailleurs un grand nombre de faits aussi frappants que celui-ci. Cependant, malgré le poids de ces autorités, qu'il nous soit au moins permis de douter du mode de contagion; est-il vrai que le tuphus soit contagieux, à la manière de la gale, de la syphilis, de la petite-vérole, et d'une infinité d'autres exanthèmes, comme le veut Hildenbrand? Nous l'ignorons complètement et nous pensons que de long-temps encore on n'aura de certitude à cet égard. Nous croyons que l'expression de *contagion* ne doit pas être prise dans le sens rigoureux de la contagion immédiate. Seulement il est certain que la maladie se développe sous l'influence d'une cause infectante, produite par l'encombrement d'un grand nombre de malades, mais qui acquiert la funeste propriété de se transmettre par contagion. De là deux espèces de typhys, le typhus spontané et le typhus communiqué. Les phénomènes sont analogues : mais la marche de la maladie est plus lente dans le premier que dans le second. Nous pensons que la matière contagieuse est, comme dans le typhus oriental ou peste, un miasme qui se répand à une certaine distance, miasme d'autant plus délétère, qu'il est plus voisin du corps qui le dégage, et multiplié pour ainsi dire par les miasmes des corps voisins affectés de la même maladie. Mais cette matière contagieuse ne peut se reconnaître que par ses effets, comme l'électricité, le calorique, l'attraction, parce qu'elle ne tombe pas plus sous nos sens que ces causes physiques, dont il est cependant impossible de ne pas admettre l'existence, quoique leur nature nous soit inconnue.

Beaucoup de médecins de nos jours tranchent la difficulté en niant l'existence de la contagion.

La maladie nous a constamment offert trois périodes bien distinctes : la première, qui comprend ordinairement le premier septénaire, et que l'on nommera, si l'on veut, *période d'irritation;* la seconde, qui comprend le plus souvent le second septenaire, et que l'on doit nommer *période de stupeur*, ou *nerveuse*, ou *de prostration;* la troisième enfin, caractérisée par la diminution de tous les symptômes, et que l'on peut nommer *période de convalescence :* sa durée n'est point fixe, ni limitée.

Hildenbrand nous paraît avoir fait des périodes trop nombreuses, trop subdivisées. Qu'est-ce qu'une période d'opportunité? Une maladie qui n'est pas encore commencée peut-elle avoir une période? Cet auteur nous semble aussi avoir astreint la nature à une marche beaucoup trop régulière. Dans son typhus irrégulier même, il conserve encore les périodes, comme si alors elles n'étaient pas confondues, ainsi que nous l'avons observé. Nous avons vu en effet la période adynamique se manifester sans être précédée du septenaire d'irritation.

Dans la période d'invasion, qu'il caractérise par un frisson constant, nous avons souvent observé que les malades ne l'avaient point éprouvé; ce qui rend souvent difficile la date de l'invasion.

Sa période inflammatoire existe-t-elle toujours? donnera-t-on le nom d'*inflammation* à des douleurs de membres? etc.

La maladie s'annonce ordinairement par le chau-

gement d'humeur, l'inquiétude morale, des lassitudes spontanées, la perte de l'appétit. Elle débute par un frisson plus ou moins long, d'une heure à douze de durée; il est suivi de chaleur et de moiteur; on observe les phénomènes suivants : état d'inquiétude et d'étonnement, quelquefois crainte de la mort, et même désespoir; d'autres fois grande indifférence; délire rare à cet époque, la plupart du temps roulant sur un seul objet; réponses justes, mais faites d'une manière qui n'est pas ordinaire, quelquefois brusques, mais le plus souvent d'un ton lent et plaintif; somnolence facile à faire cesser; réveil étonné; rêves d'objets sinistres. Face en général colorée; communément battement des artères temporales, céphalalgie intense; d'autres fois, face pâle, état d'abattement qui n'exclut pas la céphalalgie. Cette céphalalgie occupe souvent la tête tout entière; presque toujours, surtout vers la fin de cette période, la figure présente un aspect d'étonnement et de stupeur. Yeux injectés, rouges, larmoyants; impression souvent pénible de la lumière; apparition de spectres ou autres objets monstrueux et effrayants. Ouïe le plus souvent d'une sensibilité exaltée; tintements, bourdonnements et autres bruits d'oreilles; quelquefois diminution de sensibilité de ce sens. Odorat présentant peu de changements. Goût singulièrement diminué, sans doute à cause des accidents gastriques qui existent souvent. Le toucher est quelquefois le siége de phénomènes singuliers; le plus fréquent est l'insensibilité du tact, qui ne reçoit plus aucune impression.

Du quatrième au septième jour, ordinairement, la peau se couvre de pétéchies, taches semblables à des morsures de puces, sans ardeur, sans démangeaison, la plupart du temps sans élévation, sans aspérité ni ulcération, n'apportant aucun soulagement, d'un rouge plus ou moins clair ou foncé, petites comme des têtes d'épingles, quelquefois d'une ligne de diamètre, se réunissant rarement entre elles, ayant presque toujours leur siége dans toutes les parties du corps, excepté à la figure, où nous ne les avons jamais observées. Cette éruption est plus visible lorsque le malade est en moiteur; elle semble quelquefois disparaître, et reparaît de nouveau; elle est plus apparente aussi et plus rose chez les personnes dont la peau est blanche et fine, que chez celles dont la peau est brune et épaisse. Quelquefois les pétéchies sont remplacées par une véritable éruption, saillante, rude au toucher, qui a beaucoup d'analogie avec elles, et qui se termine par la desquammation de l'épiderme : nous avons vu une fois des phlyctènes volumineuses.

Une impossibilité ou du moins une grande difficulté de se mouvoir; des douleurs violentes dans les membres supérieurs ou inférieurs, ou même dans diverses parties du corps, comme au dos, aux lombes, dans les épaules; le tremblement des mains, sont les symptômes les plus caractéristiques de la maladie, dans la période dont nous parlons. Bouche pâteuse ou amère; nausées qui augmentent de jour en jour; langue blanche ou jaune, rarement sèche; soif intense, inappétence, épigastre douloureux à la pression, abdomen aussi très-douloureux, dévoiement plus fréquent que la constipation. Ce n'est que vers la fin de cette période que se manifeste le vomissement spontané de matières porracées et âcres. La respiration est le plus souvent accélérée; la gorge et la poitrine peuvent être le siége d'une phlegmasie, et presque toujours les malades se plaignent de toux et de douleurs dans les organes thoraciques; souvent aussi la respiration est gênée; il y a étouffement. Pouls fréquent, développé, mou dans la sueur; hémorrhagies nasales, quelquefois très-abondantes, et qui se répètent souvent vers la fin de ce septenaire; le sang est ordinairement noir, et accompagné de beaucoup de sérosité. Ces hémorrhagies ont surtout lieu lorsque la céphalalgie a été très-intense, la face colorée, les yeux injectés; enfin que les symptômes de congestion vers la tête ont été très-marqués. Chaleur intense et mordicante, faisant éprouver une sensation pénible à l'extrémité des doigts. Sueur ou moiteur dans le paroxysme. Urines le plus souvent rares, quelquefois involontaires vers la fin de ce septenaire, rouges, troubles, et même noirâtres. Paroxysme, ordinairement le soir et dans la nuit. La période dont nous parlons est sujette à des anomalies; quelquefois elle n'est que de trois jours. La période de stupeur ou de prostration se manifeste presque dès l'invasion, ce qui n'empêche pas l'éruption des pétéchies. D'autres fois elle se prolonge jusqu'au quatorzième jour, et l'éruption de l'exanthème n'a lieu que le onzième jour. Nous l'avons vue même d'une longue durée.

La deuxième période commence ordinairement vers le septième jour, depuis l'invasion de la maladie, mais cela n'est pas constant; et de même que nous avons vu les pétéchies ne paraître que le onzième jour, de même aussi avons-nous vu la période adynamique ne se présenter qu'après le second septénaire; elle paraît aussi quelquefois dès le principe de la maladie. La stupeur et la somnolence se prononcent davantage, délire taciturne, typhomanie, réponses toujours justes, plaintes continuellement exhalées; pertes fréquentes de connaissance, surtout au moindre mouvement, et quand le malade veut se lever sur son séant; rêves toujours pénibles. Face de plus en plus étonnée, décolorée; céphalalgie persistant presque toujours. Yeux toujours injectés, rouges, et souvent chassieux; apparitions de diverses natures; sensibilité de la vue diminuée fréquemment. Les bruits d'oreilles n'importunent plus autant le malade, qui souvent devient sourd à cette époque. La diminution de sensibilité des autres sens augmente visiblement. Les pétéchies ou l'éruption persistent jusqu'au onzième jour, époque à laquelle elles s'effacent. Dans quelques cas, l'éruption n'a pas lieu, ce qui arrive lorsque l'épidémie tire vers son déclin. L'impossibilité de se mouvoir devient plus grande, et par les douleurs de membres qui persistent, et par la prostration, l'accablement des forces qui surviennent. Le malade alors reste couché en supination : il y a parfois des soubresauts des tendons, et le tremblement des membres persiste, lorsqu'il a lieu dans la première période. Sensation d'un goût empoisonné, soif considérable; langue brune, noire, sèche, dans le redoublement; dents et gencives, ou sèches, ou recouvertes d'une matière muqueuse, épaisse et brune; nausées, vomissements de matières jaunes, verdâtres, porracées et âcres; douleur de l'épigastre et des diverses parties de l'abdomen; dévoiement plus ordinaire que la constipation; selles souvent involontaires, plutôt par la grande faiblesse que par défaut de conscience. Respiration fréquente, pénible; étouffements, douleur dans la poitrine, et expectoration de matières muqueuses rougeâtres, et même écumeuses et sanguinolentes. S'il existe une péripneumonie, alors se trouvent réunis les autres symptômes de cette phlegmasie : voix altérée et plaintive; pouls petit, faible, fréquent dans le paroxysme, rarement inégal, mais quelquefois d'une grande lenteur, surtout vers la fin de cette période, et chez les personnes d'un tem-

pérament lymphatique. Les hémorrhagies ont fréquemment lieu au commencement de cette période, et n'apportent pas de mieux sensible; elles laissent, au contraire, le malade dans un grand état d'accablement. Chaleur âcre; d'autres fois sueurs plus ou moins abondantes; urines toujours noirâtres, tenant en suspension des flocons bruns. L'éruption des parotides et des bubons ne s'est jamais offerte à notre observation. Dans quelques cas, la période de prostration est si légère, qu'à peine peut-on la saisir. Les paroxysmes du soir et de la nuit continuent d'avoir lieu, mais diminuent vers la fin de cette période.

La troisième période, caractérisée par la diminution graduelle de tous les symptômes, et en général suivie du retour à la santé, arrive vers le quatorzième jour, quelquefois vers le dix-septième et vingt-unième. Nous l'avons peu vue survenir à la suite d'une crise. Les auteurs disent que les sueurs sont la voie la plus fréquente des crises de cette affection. Quoi qu'il en soit, dans cette période, la stupeur et la somnolence diminuent; les malades commencent à sourire et perdent leur indifférence; le délire disparaît; plus de plaintes; les réponses, toujours justes, se font d'une manière plus naturelle; le sommeil devient réparateur, les rêves fâcheux s'évanouissent. La face est pâle et amaigrie, mais sa couleur n'est plus altérée. Les sens reprennent de jour en jour leur sensibilité; la vue reste encore quelque temps troublée, et l'ouïe dure. La faiblesse est toujours très-grande; les syncopes sont encore fréquentes, mais le brisement des membres disparaît et se trouve remplacé par une lassitude moins pénible. La langue se nettoie vers son extrémité et sur ses bords; les nausées, en général, disparaissent et font place à l'appétit; le malade savoure ce qu'on lui permet de manger; plus de douleurs abdominales, les selles redeviennent naturelles. La respiration reprend sa fréquence ordinaire, mais le malade se plaint encore de rhume. Le pouls devient lent, et augmente peu à peu de force. La chaleur et la coloration de la peau reprennent leur type naturel; on remarque quelquefois l'exfoliation de l'épiderme, résultat de l'éruption. Cette amélioration fait de jour en jour des progrès, et le malade atteint d'autant plus vite sa santé accoutumée, que la maladie aura été moins intense, qu'elle aura été plus simple, plus exempte de complications, que celles-ci auront été combattues plus à propos, et que la maladie elle-même aura été traitée d'une manière plus méthodique. Mais le typhus ne se termine pas toujours de cette manière; la mort en est encore plus souvent le dernier résultat, et souvent aussi d'autres maladies lui succèdent. Parmi ces dernières, les fièvres tierces ou doubles-tierces, intermittentes ou rémittentes, sont les plus fréquentes; une phlegmasie locale, telle que l'angine, la péripneumonie, la péritonite, se manifeste quelquefois; la suppuration, suite des escharres qu'entraine une supination long-temps prolongée, peut être aussi considérée comme une maladie accidentelle qui survient après la deuxième période, et occasionne souvent une terminaison funeste.

Tels sont les phénomènes morbides que j'ai observés sur un grand nombre de militaires, en 1814, en 1815. Atteint moi-même de cette cruelle maladie, j'ai pu en faire une étude plus particulière. Ce tableau ne ressemble sans doute pas exactement à ceux que les auteurs ont tracé; mais j'ai préféré donner le résultat de mes propres observations plutôt que les opinions des autres.

Les ouvertures de corps ont fait reconnaître les traces de diverses phlegmasies cérébrales, thoraciques, abdominales, telles que les symptômes les indiquent pendant la vie. (Voyez, pour les altérations organiques, l'article *dothinentérite*, où nous avons exposé un résumé succinct de l'ouvrage récent de M. le docteur Louis sur le sujet qui nous occupe, ainsi que la description qu'en a donnée M. le docteur Trousseau.)

Typhus d'Orient, ou peste.

Ce typhus reconnaît pour cause une matière contagieuse dont on ignore aussi la nature, et qui se comporte à peu près comme dans la maladie précédente. L'invasion de cette affreuse maladie a lieu par des alternatives de frisson et de chaleur, par le brisement général des membres, de l'inquiétude, de la terreur, de la céphalalgie, quelquefois un tremblement général, des syncopes, etc.

Les symptômes de la peste offrent la plus grande analogie avec ceux du typhus d'Europe; mais les caractères distinctifs de cette affection sont les anthrax ou charbons, et les bubons. Les anthrax se manifestent sur les parties découvertes, au visage, à la poitrine, sur les bras; ils commencent par une douleur âcre, très-vive; bientôt une phlyctène contenant une sérosité jaune ou brune se développe sur cet endroit; elle se déchire et laisse apercevoir une escharre de couleur grise, ardoisée, qui s'étend et fait des progrès jusqu'à la mort. Ces anthrax sont uniques ou multiples, accompagnés de tous les symptômes de l'adynamie la plus profonde, ou bien n'occasionnent aucun appareil fébrile. Les bubons surviennent aux aines, aux aisselles, quelquefois au cou, rarement aux joues; ils sont précédés d'un léger prurit, de gonflement, de rougeur et de tension. Ces phénomènes locaux augmentent d'intensité, après quoi ils diminuent graduellement, ou se terminent par suppuration ou par gangrène; il en existe rarement plus de deux à la fois; beaucoup de pestiférés n'en ont pas. On observe souvent aussi des pétéchies typhoïques dans la peste; ces pétéchies sont fréquemment de véritables taches pourprées; quelquefois elles se convertissent en taches gangréneuses. Il n'y a rien de régulier dans l'apparition de ces éruptions, la marche de ce fléau étant elle-même très-anormale. La peste se termine le plus ordinairement par la mort, surtout dans le principe de l'épidémie. Elle dépasse peu le premier septenaire; elle fait périr quelquefois en douze heures de temps: on la voit se prolonger jusqu'au vingtième jour et au-delà, vers le déclin de la contagion.

Nous pensons qu'il doit exister dans cette horrible maladie de graves désordres organiques; mais l'anatomie pathologique n'a rien appris de bien positif à cet égard, et nous croyons que ces désordres organiques ne constituent pas la maladie, mais ne sont que le résultat de l'empoisonnement miasmatique.

Typhus d'Occident, fièvre jaune.

On a beaucoup discuté, dans ces dernières années, sur la contagion de la fièvre jaune. Il ne nous est nullement permis de décider cette question. Les faits les plus concluants, rapportés par les uns ou par les autres, sont toujours susceptibles de quelques doutes; chacun peut les interprêter à sa manière pour les faire tourner à l'avantage de son opinion. Si j'osais énoncer mon avis dans un sujet aussi grave et qui ne peut être décidé que par des observations ultérieures, je dirais que, d'après les

faits rapportés par les partisans de l'une ou de l'autre opinion, je crois que la fièvre jaune, comme le typhus d'Europe et comme la peste, se développe primitivement par infection et se transmet ensuite par contagion; j'ajouterais qu'il n'y a presque aucun inconvénient à considérer cette maladie comme contagieuse, et qu'il peut y en avoir des plus graves à ne pas la regarder comme telle. Qu'est-ce, par exemple, que l'inconvénient de suspendre pendant un certain temps des relations commerciales, comparé à l'horrible danger de porter la désolation et la mort dans des villes, dans des provinces entières? Nous ne croyons pas qu'il puisse y avoir le moindre motif d'hésitation. Ces questions sont sans contredit de la plus haute importance, mais ne sauraient être agitées en ce moment, le diagnostic devant principalement fixer notre attention.

Or, les signes qui caractérisent le typhus d'Amérique sont la couleur jaune de la peau et le vomissement noir; on observe d'ailleurs tous les symptômes communs aux divers typhus. Toutes les fois que ces symptômes affectent un grand nombre d'individus, on doit reconnaitre l'existence de la fièvre jaune.

Après les prodrômes ordinaires aux maladies graves, le malade éprouve un frisson, variable pour sa durée et son intensité; puis une chaleur vive; les yeux sont tuméfiés, larmoyants; la face est colorée, exprimant la crainte, la terreur; les forces sont abattues; il existe une grande anxiété, une soif ardente, une violente douleur épigastrique, des nausées, des vomissements de boissons, d'aliments, de mucus, de bile; du dévoiement ou de la constipation; de la difficulté à respirer; de la fréquence et de la dureté dans le pouls. Cet état dure quelques heures, un, deux ou trois jours. Alors se montre la couleur jaune de la peau. Les conjonctives commencent par être jaunes; la face, la poitrine, le reste du corps, sont bientôt envahis par cette couleur. La langue est sèche, rugueuse, brune; des vomituritions de matières rouillées succèdent aux premiers vomissements. Chose singulière, les symptômes généraux diminuent d'intensité; le malade éprouve une rémission perfide. Les douleurs sont moins fortes; l'anxiété diminue; la respiration est plus facile, le pouls plus souple, plus naturel : mais au moment où le malade et quelquefois le médecin inexpérimenté se livrent à une espérance décevante, un nouveau cortége d'accidents, bien plus terribles que les premiers, survient, et trop souvent apporte la mort. Du quatrième ou cinquième jour, des matières sanguinolentes, sanglantes, brunes, noires, sont rejetées par la bouche, par les selles; la physionomie s'altère profondément; la terreur est peinte sur la face; la prostration est extrême; on observe des tremblements des membres, des soubresauts des tendons, de la carphologie, du délire, de la stupeur, de l'assoupissement, quelquefois une indifférence extrême sur l'avenir, ou une sécurité trompeuse; l'ictère devient plus prononcé; des taches livides, des vraies ecchymoses sont parsemées sur la peau; un sang clair et séreux s'échappe par toutes les ouvertures naturelles, par les narines, la langue, les gencives, les lèvres, les points lacrymaux, la conjonctive, les oreilles, les intestins, la vessie, la matrice, le vagin, les plaies, les cicatrices; enfin la mort arrive, précédée par le hoquet, l'irrégularité du pouls, le refroidissement des extrémités, l'aspect cadavéreux de la face, et tous ses funestes avant-coureurs. Elle frappe ordinairement du septième au huitième jour, quelquefois dès les premières vingt-quatre heures. Dans les cas rares de guérison, les accidents sont moins graves; ils diminuent graduellement de violence, et la convalescence s'établit à la suite de quelques mouvements critiques ou d'une manière insensible; elle est toujours lente, pénible; le malade languit, et périt quelquefois dans la convalescence.

L'anatomie pathologique a fait reconnaître des altérations organiques très-variées, principalement des gastro-entérites, et plus rarement des traces d'hépatites, de néphrites, de splénites, de pneumonies, d'encéphalites, de méningites, etc.; mais ces altérations, précisément à cause de leur diversité, doivent être considérées comme des phénomènes secondaires; le point capital est la cause spécifique, l'altération profonde des fluides, et vraisemblablement du sang, qui détermine ensuite toutes les lésions organiques qu'on rencontre. On trouve souvent une certaine quantité de ce fluide épanché dans la cavité de l'arachnoïde vertébrale.

Des empoisonnements.

C'est dans le savant ouvrage de M. le professeur Orfila qu'il faut puiser les connaissances nécessaires au sujet important que nous nous proposons ici de signaler seulement à l'attention du lecteur. Les expressions fonctionnelles et même les lésions organiques des empoisonnements n'en constituent que la partie la moins importante; ce qu'il est surtout essentiel de connaître d'une manière exacte et précise, c'est la cause de l'empoisonnement, et cette connaissance capitale ne peut être acquise que par des recherches chimiques, botaniques ou zoologiques. Sous le rapport légal, la cause de l'empoisonnement est tout, le reste n'est rien ou peu de chose. Mais la manière dont on arrive à cette connaissance constitue l'une des branches les plus étendues et les plus importantes de la médecine légale, et forme, dans les études médicales, une partie entièrement particulière et distincte. C'est principalement dans cette partie qu'éclate l'utilité de l'application de la chimie à la médecine, et c'est entre les mains du profeseur célèbre que nous venons de citer que cette application a obtenu les résultats les plus brillants. Avant lui, tout n'était dans la toxicologie que désordre, préjugés, confusion; des notions vagues, imparfaites, éparses, constituaient cette branche si délicate de la médecine, qui pour mieux dire n'existait pas. Grâces à ces heureux travaux, elle est sortie du néant pour atteindre aussitôt le dernier terme de la perfection. Sous le rapport thérapeutique, la connaissance de l'agent toxique est souvent importante, mais elle l'est moins que dans le cas précédent, et souvent ici les différences des symptômes conduisent à des indications utiles.

Une des raisons qui nous engagent à parler ici des empoisonnements, c'est le rapport qu'on ne saurait s'empêcher de trouver à quelques-uns d'entre eux avec les maladies précédentes, et avec celles dont nous allons traiter. Dans les unes comme dans les autres, en effet, ce n'est pas la lésion locale qui constitue la maladie, c'est l'influence de l'agent toxique sur les fluides de l'organisme, et par suite sur un viscère plus ou moins éloigné. C'est la spécificité qui en constitue le principal élément. De cette classe sont les poisons narcotico-âcres, les venins, les virus, les gaz délétères, etc. Ce n'est pas par leur influence locale, mais bien par leur absorption, par leur action sur le sang, sur l'agent nerveux, que ces substances détruisent la vie. Des empoison-

nements nous pouvons tirer les arguments les plus victorieux pour les altérations des fluides. Ici tout est connu, la cause et l'effet; l'un et l'autre sont soumis à l'épreuve rigoureuse de l'analyse; il ne reste aucun retranchement aux ennemis exagérés et incorrigibles de ces vérités.

Parmi les poisons, il en est qui agissent localement, en irritant, en désorganisant la partie sur laquelle ils sont appliqués : ce sont les poisons escharrotiques, âcres, irritants. De ce nombre sont les préparations d'arsenic, d'antimoine, de cuivre, d'argent, d'or, de mercure, de bismuth, de plomb, d'étain, de zinc, les acides concentrés; les alcalis, le phosphore, les cantharides, l'iode, etc. Parmi les substances que nous venons de citer, il en est même quelques-unes qui agissent en même temps après avoir été absorbées, et localement.

Les poisons irritants produisent quelques symptômes particuliers à chacun d'eux : mais à ces variétés près, qu'il serait beaucoup trop long d'exposer ici, ils déterminent tous une saveur âcre, chaude, brûlante; une constriction à la gorge; une sécheresse considérable dans la bouche et dans l'œsophage; des vomissements de matières diverses, souvent sanguinolentes; des douleurs épigastriques intolérables; des coliques atroces; des déjections alvines; quelquefois l'appareil des symptômes généraux de la gastro-entérite intense; quelquefois, plus tard, la paralysie des membres pelviens; des vertiges; le délire, l'insensibilité générale, la mort. On trouve alors dans le canal alimentaire toutes les altérations organiques que nous a fait voir la gastro-entérite à tous les degrés. La bouche, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, les intestins, sont le siége d'une couleur de feu, ou d'un rouge cerise, et même noir; toutes les tuniques participent à l'inflammation; elles sont parsemées d'ecchymoses circulaires ou de formes variées; de véritables escharres; d'ulcères qui peuvent intéresser toute l'épaisseur des parois intestinales; il existe dans ce cas une perforation dont les bords sont jaunes, verts, rouges. Quelquefois ces tissus sont épaissis ou ramollis, réduits en bouillie, etc; la bouche, la couronne des dents, l'œsophage, l'estomac, le duodénum, le jéjunum, offrent une teinte blanchâtre, grisâtre, jaunâtre; ces différentes altérations peuvent se trouver éparses sur différents points du même canal alimentaire. Les poumons peuvent être rouges, violets, hépatisés, splénisés. Les cavités du cœur sont distendues par du sang rouge, noir, fluide, concret, etc. La vessie est quelquefois manifestement enflammée. Les vaisseaux encéphaliques sont distendus par le sang; dans certains cas, le cerveau, le foie, les muscles, etc., offrent une teinte verdâtre. La peau est semée de taches noires. Ces altérations, qui ne se rencontrent jamais toutes à la fois chez le même individu, sont plus ou moins prononcées; il peut arriver qu'elles le soient à peine, quand le poison a produit une mort prompte.

D'autres substances toxiques ne produisent pas l'altération des parties qu'elles touchent; elles sont absorbées, et paraissent agir principalement sur le système nerveux. De ce nombre sont l'opium, son extrait, la morphine, la jusquiame noire, l'acide prussique, le laurier-cerise, le pêcher, le merisier à grappes, la laitue vireuse, l'if, etc. Ces poisons ne déterminent aucune altération dans la bouche, le pharynx, l'œsophage; ils n'ont point de saveur caustique, déterminent rarement le vomissement ou des déjections alvines, ou, s'ils en produisent, ces évacuations sont peu opiniâtres; les douleurs abdominales se développent quelque temps après l'ingestion du poison; elles sont peu vives : si elles sont aiguës, elles se font sentir sur plusieurs points de l'organisme. Il existe fréquemment des vertiges, de la stupeur, du coma, de la paralysie, de la dilatation des pupilles, du délire, des convulsions, enfin un appareil varié de phénomènes encéphaliques. On ne trouve après la mort aucune lésion constante dans le canal alimentaire; le cerveau et son système sanguin offrent souvent un état de congestion manifeste. Il n'est pas constant que le sang soit plus fluide que dans toute autre circonstance, les muscles plus flexibles, les chairs plus susceptibles de putréfaction, etc.

Il est encore d'autres substances, en très-grand nombre, dont les effets participent de deux ordres précédents; ils agissent sur les parties avec lesquelles ils sont en contact, et portent en même temps leur action sur le système de l'innervation. Ce sont, entre autres, la scille, la scillitine, l'*œnanthe crocata*, l'aconit napel, l'ellébore noir et blanc, la vératrine, le colchique, la belladone, le datura stramonium, le tabac, la digitale pourprée, la grande et petite ciguë, la ciguë aquatique, le laurier-rose, le seigle ergoté, la noix vomique, la fève de Saint-Ignace, l'upas tieuté, la strychnine, la fausse angusture, la brucine, le ticunas, le woorara et le curare, le camphre, la coque du Levant, la picrotoxine, l'upas antiar, les champignons vénéneux, l'alcohol, l'éther, et en général les boissons spiritueuses. Ces poisons produisent des accidens variés : ce sont des phénomènes nerveux, comateux ou convulsifs, continus ou périodiques, et les signes locaux et généraux d'une irritation plus ou moins vive. On trouve après la mort des altérations analogues, mais moins prononcées que celles que produisent les poisons simplement irritants.

L'identité qui existe entre les phénomènes occasionnés par les empoisonnements et quelques maladies spontanées est tellement frappante, qu'on ne saurait apporter trop de réserve, dans une matière aussi grave, à manifester ses soupçons : « Il ne peut y avoir de certitude que dans la découverte de la substance toxique. » Le choléra-morbus, les perforations spontanées, les étranglements des intestins; des congestions cérébrales, l'inflammation du cerveau, des méninges, de la moelle épinière, etc., offrent souvent tous les caractères de l'empoisonnement.

Les circonstances suivantes pourront donner quelques probabilités pour cette importante distinction. L'empoisonnement a lieu dans tous les climats, dans toutes les saisons, sans signes précurseurs; les matières vomies présentent des caractères propres; la douleur a son siége à l'épigastre, elle est continue. Les altérations organiques offrent une apparence particulière; le péritoine est souvent enflammé, etc.

Il existe encore une classe de substances qu'on a nommées septiques ou putréfiantes : l'action de celles-ci est fort analogue à celle des miasmes qui produisent le typhus; elles agissent manifestement en altérant les fluides de l'économie animale. On range parmi ces substances le venin communiqué par la morsure de certains animaux, l'action du gaz acide hydro-sulfurique, et l'ingestion des matières animales en putréfaction. Les animaux dont la morsure est plus ou moins venimeuse, sont la vipère, le serpent à sonnettes, le scorpion d'Europe, la tarentule, l'araignée des caves, l'abeille domestique, le bourdon, la guêpe, etc. Les vomissements, la syncope, la gangrène; une série variée d'accidents cérébraux; la pâleur plombée de la face, l'altération des traits, une prostration extrême, un tremblement général, le découragement, le désespoir, le délire;

la petitesse du pouls, la froideur des extrémités, la mort, sont les principaux résultats de l'action des substances dont nous parlons, lorsqu'elles sont introduites dans l'organisme : à ces signes, il faut joindre la phlegmasie locale souvent gangréneuse, produite sur l'organe en contact avec le poison. A l'ouverture du corps les vaisseaux contiennent un sang noir, verdâtre, épais, coagulé ou fluide; les organes voisins de l'infection se déchirent avec facilité; ils se putréfient promptement. Lorsque la substance toxique a été ingérée par la bouche, on trouve des traces de phlegmasie gangréneuse dans les voies digestives; le cœur est flasque, mou, affaissé sur lui-même.

Asphyxies.

L'asphyxie peut être produite par la respiration de gaz délétères, de gaz impropres à la respiration, par défaut d'air, par submersion, strangulation, etc.

Les gaz qui peuvent produire l'asphyxie sont le gaz acide carbonique, la vapeur du charbon en combustion, l'air non renouvelé, le gaz qui se dégage des fosses d'aisance; les gaz ammoniac, azote, chlore, hydrogène, hydrogène arsénié, hydrogène carboné, hydrogène sulfuré, acide nitreux, protoxyde d'azote, acide sulfureux.

La suspension des différents actes fonctionnels, produite par une cause qui a spécialement agi sur le poumon, porte le nom d'*asphyxie*. Cet accident présente des symptômes communs, et des symptômes particuliers à chaque cause asphyxiante. Nous allons jeter un coup d'œil rapide sur les points les plus intéressants de cette matière. Toutes les maladies qui gênent et finissent par empêcher la respiration, soit en oblitérant le conduit aérien, soit en comprimant les poumons, en empêchant la dilatation de la poitrine, les mouvements du diaphragme, etc., causent la mort par une véritable asphyxie.

Lorsqu'un lien comprime fortement le cou au point d'intercepter l'entrée de l'air dans les poumons et le cours du sang, la face se gonfle et devient livide, les yeux sont saillants, demi-clos; les lèvres gonflées, violettes; la bouche est écumeuse; la langue est pendante; les veines des tempes, de la face et du cou sont tuméfiées. En même temps le corps est agité de mouvements divers; les doigts sont contractés, le cerveau dans un état comateux; toutes les excrétions peuvent être involontaires; l'érection peut se manifester. Bientôt la circulation et tous les actes fonctionnels s'arrêtent complètement; le malheureux a cessé de vivre. Lorsque l'individu a été suspendu, les cartilages du larynx sont fracturés, et les vertèbres quelquefois luxées. A la mort on trouve une distension violente du système sanguin cérébral; les cavités gauches du cœur contiennent plus de sang que les droites, etc.

L'individu submergé éprouve une extrême anxiété, dont tous ceux qui ont plongé et qui ont été retenus dans l'eau plus long-temps que ne leur permet leur organisation, peuvent se faire une juste idée. Une céphalalgie violente, des battements de cœur, des vertiges, des tintements d'oreilles, enfin tous les symptômes d'une congestion vers la tête, produite par la terreur, le combat que l'homme livre contre la mort, le défaut de respiration, surviennent au bout de peu d'instants; au bout de peu d'instants aussi tous ces accidents cessent, l'individu perd connaissance, et la mort arrive après quelques minutes, et d'autres fois après une et deux heures d'immersion, différence qu'il est difficile d'expliquer. On trouve des altérations analogues aux précédentes. Le ventre se météorise, et le corps se décompose rapidement.

Les hypothèses plus ou moins ingénieuses, imaginées pour expliquer cette espèce d'asphyxie, ne sont que spécieuses; la seule privation d'air rend bien compte de cet accident.

L'enfant naissant est quelquefois privé de respiration par l'accumulation de mucosités dans l'arrière bouche et dans les voies aériennes. Dans quelques circonstances la compression que le cerveau a éprouvée pendant un accouchement laborieux s'oppose à la dilatation de la poitrine; l'asphyxie et la mort peuvent en résulter.

Si un individu respirait un gaz impropre à la respiration, mais non délétère, il éprouverait bientôt les effets de l'asphyxie, c'est-à-dire d'abord de l'anxiété, de la dyspnée, de la suffocation; enfin la suspension de la respiration, de la circulation et de tous les actes fonctionnels, mais moins rapidement que dans les cas précédents. Le sang des sujets qui ont succombé à ce genre d'asphyxie est noir, liquide; leurs muscles conservent pendant quelque temps leur contractilité.

L'asphyxie, produite par des gaz nuisibles, présente quelques variétés suivant que le gaz est irritant ou délétère. Dans le premier cas, il se manifeste de la toux, une titillation pénible à la gorge, un spasme douloureux dans les voies aériennes, et la mort arrive au bout d'une ou deux minutes et demie. Les gaz délétères font périr avec plus de promptitude encore.

Le gaz oxyde de carbone produit d'abord de la céphalagie, de l'anxiété, des vertiges, de la dyspnée, des palpitations, des vomissements; puis la somnolence, la faiblesse, le tremblement des membres, la syncope, enfin l'abolition complète de la respiration et de la circulation; le sang est liquide, brun, noir, même dans les artères; le corps conserve long-temps sa chaleur.

Le gaz des fosses d'aisance détermine d'abord des phénomènes cérébraux, des accidents de stupeur, de coma, de paralysie, ou au contraire de l'excitation, du délire, des convulsions; une danse automatique, des douleurs dans l'estomac et dans les articulations, etc.; après ces premiers accidents survient la suspension de la respiration et de la circulation. Les variétés qu'on observe dans les symptômes dépendent de la nature des gaz, de la disposition individuelle, ou de diverses circonstances accessoires. La mort arrive quelquefois après être sorti du lieu infecté; quelques moments avant, les malades reprennent assez souvent connaissance; la respiration et la circulation reparaissent momentanément; le pouls est accéléré, inégal; la respiration gênée, luctueuse, bruyante; la bouche est remplie d'une écume blanche ou sanguinolente; la face est pâle ou livide; les membres sont agités de convulsions générales ou partielles; les malades poussent des cris, sont insensibles à tous les excitants, et succombent au bout de plusieurs heures, ou reviennent à la santé.

Une décomposition prompte s'empare du cadavre; il est recouvert de larges ecchymoses, emphysémateux, jaune, verdâtre, fétide. Les bronches contiennent des mucosités visqueuses, brunâtres, ainsi que la bouche et les fosses nasales; le sang est noir et liquide; les muscles, bruns et mous, ont promptement perdu toute leur contractilité.

D'après ce que nous venons de dire, nous ne pensons pas qu'on puisse confondre l'asphyxie avec aucune des maladies qui s'en rapprochent.

Maladies des fluides.

Nous croyons qu'il doit être démontré pour tous les bons esprits que nos fluides, parties intégrantes de notre organisme, sont susceptibles d'altérations. Nous prenons ce mot d'*altération* dans son sens le plus étendu; non seulement nous l'entendons sous le rapport de la nature, de la composition, mais encore sous celui de la quantité. Les fluides peuvent pécher, être *altérés*, par leur quantité plus grande ou moindre que dans l'état normal; ils peuvent être viciés dans leur nature.

Nous connaissons les effets de la trop grande abondance de sang; il n'est, je crois, personne qui voulût les contester aujourd'hui. L'état opposé ne saurait être nié davantage. Malheureusement nous sommes réduits à de simples conjectures pour ces mêmes excès et ces mêmes défauts dans les autres fluides de l'organisme. Existe-t-il une pléthore lymphathique, une *alymphie*, et surtout une pléthore nerveuse, une diminution de l'agent nerveux, ainsi que des autres fluides? C'est possible, cela ne répugne nullement à la raison; mais nous n'en avons pas la certitude. Il est donc sage de garder le silence à cet égard.

Mais les altérations des fluides et du sang en particulier ne se bornent pas à dépasser en plus et en moins leur quantité normale; il est incontestable qu'ils sont viciés dans leur nature. De tout temps, et récemment encore, par l'auteur de la nouvelle doctrine, le scorbut a été regardé comme une altération du sang. Les expériences de M. Leuret mettent hors de doute que le charbon, chez les chevaux, ne soit le résultat d'une altération analogue; les expériences de MM. Gaspard, Magendie et autres, prouvent aussi que les substances animales putréfiées dans les vaisseaux, mises en contact avec les parties dénudées, ou prises à l'intérieur, développent un état putride chez les animaux. Parmi les poisons il n'en est guère de plus actifs que ceux-là, et l'histoire de l'empoisonnement par les boudins fumés en putréfaction en a fourni des exemples trop nombreux et irrécusables, et certes ce n'est pas en développant une irritation que ces substances agissent. Un très-grand nombre de poisons ne portent manifestement leur action que sur les fluides; la morsure des animaux venimeux ne tue pas en déterminant une irritation; quelques gaz délétères ne font pas périr en produisant l'inflammation. Les gaz de *plomb*, les plus terribles de tous, décomposent sur-le-champ les fluides de l'économie, et font naître une espèce de typhus subit, spontané. Mais les exemples, les faits, les preuves se multiplient sous notre plume. Croit-on que la peste, le typhus, la fièvre jaune, soient exempts d'altérations des fluides? ces véritables empoisonnements miasmatiques, est-ce sur le tissu des organes ou sur les fluides qu'ils portent leur désastreuse influence? Croit-on que, dans les fièvres intermittentes elles-mêmes, les fluides soient exempts d'altérations? et si la cause de l'intermittence est si rebelle à nos recherches, ne faut-il pas l'attribuer à ce que les fluides sont le siége de la maladie? Enfin, si l'on nie la spécificité de la dyssenterie, de la dothinentérite, du croup, de la coqueluche, ces médecins spéculateurs nieront-ils celles de la variole, de la vaccine, de la rougeole, de la scarlatine, etc.? Et sur quelles parties agissent ces virus, si ce n'est d'abord sur les fluides? Cette action n'est-elle pas assez démontrée par la contagion au moyen de l'insertion? Ne l'est-elle pas par les symptômes généraux qui précèdent l'éruption? Sera-ce la piqûre de la vaccination qui produira cet appareil de réaction, ou une gastrite développée subitement?.... Je vais plus loin, et je mets en fait que, pour la plupart des phlegmasies de la peau, même les plus simples, telles que le zona, l'urticaire, etc., quoique ces phlegmasies n'aient rien de contagieux, il est impossible de ne pas admettre une cause d'une nature particulière, puisque ces maladies ont toutes une physionomie tranchée, et que ces causes, aussi variées que les maladies qu'elles occasionnent, ne peuvent être d'ailleurs que dans les fluides.

Maintenant, où placerons-nous la cause spécifique du cancer, des tubercules, et d'une foule de productions accidentelles? je le laisse à penser. Pourquoi rejetterions-nous les maladies des fluides? Les fluides ne sont-ils pas une partie de l'organisme? leurs maladies ne sont-elles pas par conséquent une partie de la médecine organique? La nature de ces maladies est difficile à saisir, sans doute; mais est-ce une raison pour les rejeter? Ces altérations ne se montrent-elles pas assez par leurs effets, par le caractère particulier des maladies qu'elles produisent? que pouvons-nous désirer de plus?

A la pléthore, à l'anémie, au scorbut, nous réunissons ici les scrofules, le rachitis, etc., plutôt parce que nous ignorons la nature de ces maladies, que parce que nous les considérons comme des altérations des fluides.

Pléthore sanguine, polyœmie.

Lorsque, par une cause quelconque, le sang se trouve dans une abondance plus grande qu'il n'est nécessaire pour l'entretien de la santé, il se manifeste des modifications fonctionnelles faciles à saisir.

La face est rouge, colorée; les yeux brillants; les lèvres vermeilles, légèrement tuméfiées; les veines du front, des tempes, du cou, sont visiblement plus saillantes que dans l'état naturel; quelquefois les artères temporales battent avec force, surtout par le moindre exercice et par une impression morale un peu vive; la peau du tronc et des membres est rosée, molle, douce au toucher, chaude, et quelquefois un peu humide; toute la surface du corps paraît augmentée de volume; les mouvements des doigts sont gênés par cette tuméfaction; le pouls est fort, large, développé, fréquent; les battements du cœur sont plus forts que dans l'état normal, principalement par le moindre mouvement, ce que les malades prennent souvent pour un signe de maladie organique de ce viscère; les pulsations artérielles sont surtout sensibles à la tête et à l'épigastre; des épistaxis, des hémoptysies et autres hémorrhagies, se manifestent fréquemment dans cette disposition. D'ailleurs on observe de la somnolence, une grande tendance au repos, de la pesanteur à la tête et même de la céphalalgie; des bruits, des sifflements, des tintements dans les oreilles, des éblouissements, des bluettes, des étincelles, des vertiges; il est douteux que les objets paraissent colorés en rouge; des fourmillements, des picotements, des engourdissements dans les membres, de la fatigue, des douleurs spontanées et générales. La sensibilité est obtuse; les facultés intellectuelles sont comme engourdies; la mémoire, l'imagination faiblissent, le jugement se trouble; toute attention, toute application devient impossible; le malade est triste, pesant, ennuyé. La respiration est gênée, fréquente, courte, oppressée; l'appétit est nul ou peu prononcé; il existe des douleurs vagues dans l'abdomen; la défécation est

rare; les matières fécales sont dures et noires; les urines sont rouges, peu abondantes, exhalent une odeur fortement animale.

La pléthore est générale ou partielle. Dans ce dernier cas il existe des signes locaux plus prononcés dans l'organe congesté. Ces phénomènes surviennent rapidement ou avec lenteur, demeurent stationnaires, offrent de véritales paroxysmes, et enfin disparaissent au bout de quelques jours, par les moyens de l'art ou par les seuls efforts de la nature.

Dans son traité d'anatomie pathologique, M. Andral s'est étendu fort au long sur la polyœmie, à laquelle il a donné le nom d'hyperémie, ainsi que sur l'anémie. Il distingue un grand nombre d'hyperémies : l'hyperémie sténique, l'hyperémie asthénique, l'hyperémie mécanique, enfin l'hyperémie survenue après la mort. C'est dans cet ouvrage qu'on pourra trouver les détails plus circonstanciés sur ce sujet, détails qu'il nous est impossible d'aborder dans un ouvrage de la nature de celui-ci.

Anémie.

S'il peut arriver que l'hématose soit trop riche, trop abondante, l'état contraire n'est pas moins fréquent. A la suite d'une hémorrhagie copieuse, de pertes considérables en tous genres; par l'effet d'une alimentation insuffisante, par l'épuisement suite d'une maladie chronique, l'anémie peut survenir; mais, dans ce dernier cas, elle est purement symptomatique.

On reconnait cet état à des signes presque en tout opposés aux précédents. La face est pâle, décolorée, jaunâtre; les lèvres blanches, ainsi que les conjonctives et la membrane muqueuse buccale; les vaisseaux sanguins sont tellement affaissés, qu'on n'en trouve plus aucune trace; la peau du tronc et des membres partage cette pâleur; elle est froide et sèche; la face est quelquefois bouffie, mais le reste du corps est sensiblement diminué de volume. Le pouls est petit, faible, lent, insensible; le cœur bat au moindre mouvement, mais ces battements sont faibles, tumulteux, ils ressemblent à des contractions imparfaites. D'ailleurs, vertiges, sifflements d'oreilles, éblouissements, étourdissements, défaillances, syncopes, par défaut d'excitation cérébrale; apathie, inattention, indifférence, nonchalance, incapacité pour se mouvoir, faiblesse au moindre exercice. La respiration est lente et pénible, anxieuse; l'appétit est peu prononcé; il n'existe pas de soif; souvent on observe du dévoiement; les urines sont copieuses, incolores, sans odeur. L'anémie survient plus ou moins rapidement; elle est ordinairement générale; elle peut durer fort long-temps.

La chlorose, qui arrive en général chez les jeunes filles à l'époque de la puberté, présente des symptômes analogues, avec quelques légères différences, telles que la tristesse, la mélancolie, et des appétits dépravés, le pica, le malacia, etc.

On observe souvent l'aménorrhée chez les femmes anémiques. Il faut joindre alors aux phénomènes déjà décrits la suspension de l'écoulement menstruel, et souvent aussi, de la part de la nature, des efforts infructueux de menstruation.

Scorbut.

Lorsque le sang est altéré dans sa composition, il cesse de remplir le but auquel il est destiné. Excitant et réparateur naturel de tous les organes lorsqu'il est dans l'état normal, ceux-ci languissent dans leurs fonctions s'il vient à s'éloigner de cet état physiologique. Dès lors faiblesse générale, aversion pour le mouvement, lassitude extrême au moindre exercice, désir de repos, douleurs contusives, brisement des membres, abattement, tristesse, découragement, incapacité intellectuelle, somnolence, sommeil peu réparateur; faiblesse des sens, obscurcissement de la vue, défaillance, syncopes; face pâle, blême et jaunâtre; peau froide; appétit nul, digestions languissantes; respiration pénible, gênée; battements du cœur peu développés; pouls petit et mou; copulation impossible. Au bout d'un temps plus ou moins long de cet état incertain de faiblesse, la face devient jaune et bouffie, la peau du corps participe à cette coloration; bientôt on aperçoit aux mollets, aux cuisses, aux bras, au dos, et rarement à la face, des taches brunes, noires, qui apparaissent sous diverses formes. Tantôt ce sont de petits points noirs, livides, disséminés; tantôt des plaques d'une étendue plus ou moins considérable; la peau, après avoir été d'un jaune foncé, devient bleuâtre, verdâtre, violette, noire; elle suit dans ses nuances absolument les phases qu'elle parcourt dans l'ecchymose traumatique, et ne diffère de cette dernière que par l'absence de la cause extérieure et par les circonstances antécédentes. Les ecchymoses scorbutiques se dissipent de la même manière que les autres. Elles sont quelquefois suivies d'un endurcissement ligneux des parties; leur couleur violette devient brune, luisante, puis jaune; enfin, au bout d'un temps plus ou moins long, jaune et naturelle. Au moment où les taches se manifestent, les gencives se boursoufflent, deviennent violettes, noires, fongueuses, saignent avec la plus grande facilité, et fréquemment elles s'ulcèrent; l'haleine contracte alors une horrible fétidité. En même temps des hémorrhagies se déclarent sur toutes les membranes muqueuses; le sang exhalé est noir, séreux, fluide, ne se coagule jamais. La prostration augmente de jour en jour. S'il existe des plaies, elles ne cicatrisent pas, les épiphyses se décolent, les fractures restent inconsolidées, les os se ramollissent, les extrémités inférieures s'œdématient et le malade finit par succomber, dans un véritable état de décomposition, au bout d'un temps indéterminé, mais ordinairement assez long. D'autres fois, lorsque les circonstances sont favorables, la convalescence s'établit.

Pendant le cours du scorbut, il peut survenir de véritables inflammations qu'on doit bien se garder de traiter comme si elles étaient simples.

A l'ouverture du corps, on trouve les vaisseaux et le cœur remplis d'un sang noir et fluide, évidemment décomposé; des infiltrations sanguines sous la peau, dans le tissu cellulaire, dans les muscles, dans le parenchyme des organes, dans le *cerveau* principalement. Les muscles sont mous et poisseux, ils se déchirent avec facilité; les os sont ramollis, les épiphyses décollées; le tissu cellulaire contient de la sérosité jaune; les cavités des viscères sont remplies de sang; l'estomac et les intestins en contiennent le plus ordinairement; les plèvres, le péricarde, le péritoine en renferment aussi fréquemment.

Syphilis.

On a élevé des doutes récents sur la contagion de la syphilis. De malheureuses expériences ont été tentées par de jeunes téméraires, dans le but de prouver que le virus syphilitique n'existait pas; quelques-unes ont été suivies d'un repentir amer. Il

est plus que vraisemblable que les auteurs de ces opinions refuseraient de s'exposer à un coït impur. Pour prouver que le virus vénérien était un être chimérique, on a rassemblé, d'une part, une multitude de faits qui font voir que des accidents vénériens se sont développés spontanément; d'une autre part, on a cité des faits non moins nombreux dans lesquels la contagion n'a pas eu lieu, bien qu'il y ait eu communication avec des personnes infectées, ou insertion du virus vénérien; on a encore cité, à l'appui de cette opinion, les succès du traitement simple, les accidents qui suivent l'administration du mercure, l'inefficacité de ce moyen dans beaucoup de cas, etc. Nous admettons comme exacts tous ces faits et toutes ces propositions, et cependant rien ne nous paraît plus faux et plus dangereux que les conclusions qu'on en a tirées.

1°. Et d'abord, il n'est sans doute aucun des auteurs qui soutiennent cette étrange opinion, qui ne sache très-bien que la syphilis se communique par le contact. 2°. De ce qu'on a observé beaucoup de cas où les accidents vénériens ont paru spontanés, ce ne serait pas une raison pour qu'une fois développés ils ne se communiquassent pas par contagion. Il faut bien que les maladies contagieuses aient un principe, un développement primitif : la peste, la variole, etc., se développent sans doute de cette manière d'abord, mais n'en sont pas moins contagieuses ensuite. 3°. Si la contagion n'a pas eu lieu dans certains cas, cela ne prouve absolument rien, puisqu'il en est de même pour toutes les maladies contagieuses : le vaccin même ne prend pas toujours, il est des individus qui sont absolument rebelles à son action : cela prouve-t-il que la vaccine ne soit pas contagieuse? Quant aux expériences négatives, elles ne prouvent absolument rien, sinon que le mode employé pour transmettre l'infection n'était pas convenable, ou que les individus n'étaient pas dans les dispositions favorables. 4°. Les guérisons obtenues par le traitement simple ne prouvent pas davantage, puisque tous les jours on guérit des maladies évidemment contagieuses par ce même traitement. 5°. Enfin, les accidens attribués au mercure peuvent être vrais sans qu'il en résulte que le virus vénérien ne soit pas contagieux et ne produise jamais d'accidents consécutifs. Il faut avoir renoncé à toute espèce de raison, et n'avoir jamais vu de malades, pour soutenir de pareils paradoxes. Dans la division des incurables, à la Salpétrière, on peut s'assurer que parmi des personnes qui sont dévorées par des accidents consécutifs, le plus grand nombre a négligé de suivre un traitement mercuriel. Il ne peut y avoir que l'esprit de système, le défaut absolu de logique, et le désir immodéré de faire parler de soi, qui ait pu faire avancer de semblables absurdités. Nous regrettons beaucoup que les bornes de cet ouvrage ne nous permettent pas de développer davantage nos arguments.

Les symptômes de la syphilis sont nombreux et variés. Ordinairement, quelques jours après un coït impur, rarement après plus de huit jours, rarement aussi après moins de vingt-quatre heures, ces premiers symptômes se manifestent. Dans la période d'incubation on n'observe pas le phénomènes précurseurs. J'ai vu cependant de l'inquiétude, de l'anxiété, des défaillances, des lassitudes générales annoncer la syphilis. Un écoulement par le canal de l'urèthre, des ulcères, des tumeurs de diverses formes, des bubons, etc., constituent les accidents de la syphilis primitive. Ces accidents ont leur siége sur les parties qui se sont trouvées en contact avec le virus.

La blennorrhagie commence par un sentiment de titillation et de cuisson au bout de la verge et au frein : le méat urinaire est rouge, gonflé; ce gonflement se propage au gland et au prépuce. La mixtion est pénible et douloureuse : il survient des érections fréquentes; mais il n'existe point encore d'écoulement. Le second ou le troisième jour, on voit suinter une mucosité limpide par l'orifice de l'urèthre. Cette mucosité devient plus abondante et perd de sa transparence; elle devient opaque, blanche, jaune, verdâtre. Les symptômes d'irritation locale augmentent de violence pendant un temps plus ou moins long. La douleur, le gonflement, la tension, la chaleur, sont plus prononcés. Dans quelques cas le prépuce se gonfle au point qu'on ne peut plus découvrir le gland (phimosis), ou bien qu'on ne peut plus le recouvrir lorsqu'on l'a imprudemment découvert (paraphimosis). Il se manifeste souvent des phénomènes généraux de réaction. Les glandes environnantes se tuméfient, ainsi que les vaisseaux lymphatiques, le cordon testiculaire, etc. L'érection est permanente, la verge se courbe; l'écoulement est extrêmement abondant, la matière en est plus ou moins épaisse, ou au contraire il se supprime; enfin, après vingt, trente jours, plus ou moins, suivant la violence de la maladie, la constitution du sujet, le traitement plus ou moins rationnel, tout cet appareil de phénomènes locaux et généraux diminue; il finit par disparaître complètement au bout de deux ou trois mois, en passant par des phases inverses à celles que nous venons de décrire.

Les chancres qui apparaissent sur le prépuce, sur le gland, sur les grandes et les petites lèvres, le clitoris, le mamelon, la bouche, etc., se présentent sous la forme de petites altérations arrondies ou irrégulières, à fond rouge ou grisâtre, à bords perpendiculaires. Ces ulcères ou chancres sont souvent très-douloureux; ils tendent à s'agrandir, font des progrès plus ou moins rapides, détruisent quelquefois une partie du gland; je les ai même vus dévorer tout le pénis, et ne s'arrêter qu'au pubis.

Les mêmes parties peuvent être le siége de tumeurs, de végétations de toutes les formes. Les unes ressemblent à des verrues; elles sont rugueuses, fendillées à leur sommet; d'autres sont lisses, arrondies, mamelonnées, pédonculées, sans pédoncules, en forme de crêtes, etc; ce sont des *framboises*, des *mûres*, des *groseilles*, des *fics*, des *condylômes*, etc.; distinctions scolastiques d'assez peu d'importance. Ces tumeurs, qui surviennent quelquefois dans la vérole primitive, sont bien plus souvent des phénomènes consécutifs; mais un accident qu'on observe souvent dans la première, ce sont les bubons. Les glandes de l'aine se tuméfient, deviennent dures, et, dans quelques cas, chaudes et douloureuses. Ce sont celles du côté gauche qui s'enflamment le plus ordinairement; elles sont ovales, arrondies, irrégulières, bosselées, inégales; lorsque le bubon est inflammatoire, il est douloureux; le malade y éprouve des élancements; la peau qui le couvre est chaude, elle rougit; bientôt la tumeur se ramollit sur un point, on y sent une fluctuation manifeste; d'autres fois le bubon diminue graduellement sans arriver à suppuration. Quelques bubons ne font éprouver aucune douleur, ils ne changent nullement la couleur de la peau, ils restent durs, stationnaires. En général, leur durée est longue, leur terminaison la plus ordinaire est

la suppuration; leur cicatrisation est alors difficile; la métastase, la gangrène peuvent aussi leur servir de terminaison. Des phénomènes généraux, sympathiques, accompagnent communément les accidents locaux que nous venons d'exposer.

Mais le virus syphilitique ne borne pas là ses ravages; si la maladie a été mal traitée dans le principe, au bout d'un temps plus ou moins long d'une santé bonne en apparence, le malade éprouve sur le trajet des os longs et sur les os plats des douleurs intolérables qui augmentent pendant la nuit; des tumeurs dures naissent sur la surface de ces os, qui souvent se carient ou se nécrosent. La peau se couvre de taches, de squammes, de tubercules, de pustules, d'ulcères, etc., qui revêtent mille aspects divers. Des chancres dévorent le voile du palais, la face, etc.; enfin cette horrible maladie peut prendre les formes les plus hideuses, les plus dégoûtantes.

Scrofules.

Long-temps on a cru que les scrofules étaient contagieuses; qu'il existait par conséquent un vice scrofuleux. Cette croyance est aujourd'hui généralement abandonnée. Le phénomène principal et caractéristique des scrofules est le gonflement et la suppuration des glandes lymphatiques. Mais plusieurs autres maladies ont été regardées, non sans apparence de raison, comme l'effet de la disposition scrofuleuse; de ce nombre sont les tumeurs blanches des articulations, le gonflement des doigts, la carie des phalanges, la carie des vertèbres, les tubercules mésentériques, dans certains cas les tubercules pulmonaires, etc. La description de plusieurs de ces maladies appartient à la chirurgie; nous avons donné dans son lieu le diagnostic des autres.

La constitution scrofuleuse, qui ne paraît être que l'exagération de la prédominance lymphatique, présente une physionomie reconnaissable. La face, ordinairement brillante de fraîcheur, offre l'apparence illusoire d'une bonne santé; le teint est rosé, la peau blanche et fine, les cheveux blonds. Les parents s'applaudissent de cet éclat trompeur. Quelquefois la figure est pâle et comme transparente, les traits sont pleins de délicatesse; d'autres fois les lèvres sont épaisses, surtout la supérieure; les ailes du nez larges, la mâchoire inférieure carrée; la tête est souvent volumineuse, la poitrine resserrée, le ventre développé; les articulations sont fortes, les masses musculaires grêles; cependant les formes sont en général arrondies, les chairs sont molles, la peau fraîche; toutes les fonctions sont lentes, peu énergiques. Tels sont les sujets disposés aux scrofules. Lorsqu'il survient chez eux quelque inflammation, elle passe avec la plus grande facilité à l'état chronique, et porte alors l'épithète de *scrofuleuse*, ophthalmie *scrofuleuse*, otite *scrofuleuse*, ulcère *scrofuleux*, etc. On serait néanmoins dans l'erreur si l'on croyait que tous ces caractères doivent se trouver réunis pour constituer la disposition scrofuleuse. Beaucoup peuvent manquer, et l'engorgement des glandes lymphatiques n'en survenir pas moins; on l'observe même assez fréquemment chez des sujets bruns, à cheveux noirs, maigres, etc.

Quoi qu'il en soit, un des premiers symptômes que l'on rencontre chez les scrofuleux, c'est une légère inflammation des ailes du nez : elles sont rouges, chaudes, fendillées. Les glandes cervicales s'engorgent; elles sont d'abord petites, peu sensibles au toucher, puis dures, inégales, bosselées, et jusque-là indolentes; à ce degré ces glandes sont encore mobiles. Peu à peu leur volume augmente; elles deviennent immobiles, légèrement douloureuses, et, par la compression qu'elles exercent sur les organes sous-jacents, elles gênent la voix, la respiration et la déglutition. La couleur de la peau est à peine changée; mais sur chaque côté du cou l'on aperçoit une saillie quelquefois telle qu'elle forme un plan continu avec la face et le thorax; les mouvements de la tête sont alors très-difficiles, ainsi que l'écartement des mâchoires. Après un temps ordinairement très-long, ces tumeurs diminuent spontanément d'une manière plus ou moins rapide, et disparaissent. C'est là leur terminaison la plus heureuse, mais aussi la plus rare; plus souvent elles se ramollissent, deviennent douloureuses, fluctuantes; la peau qui les couvre rougit, devient violette, bleuâtre, s'amincit, s'ouvre et laisse échapper un liquide puriforme, ichoreux, grumeleux, plus ou moins abondant. La plaie irrégulière qui résulte de cette ouverture spontanée est très-difficile à cicatriser. Il faut souvent exciser la peau amincie; la cicatrice qui en résulte est ordinairement difforme. Ces accidents sont fréquemment multiples; une glande succède à une autre. Souvent toutes les glandes de l'organisme participent à cet engorgement, mais principalement celles qui entourent la trachée-artère et l'œsophage, d'où naissent des modifications fonctionnelles graves, ainsi que nous l'avons annoncé. La phthisie pulmonaire et le carreau terminent quelquefois l'existence de ces malheureux.

La durée des scrofules est indéterminée; elles disparaissent, dans quelques cas, à l'âge de la puberté. La suppuration, la carie, le cancer, peuvent survenir à la suite des engorgements scrofuleux; la gangrène leur succède rarement.

Rachitis.

Nous plaçons ici le rachitis, quoique rien ne prouve qu'il dépende d'une altération des fluides, mais parce qu'il paraît tenir à une disposition générale encore peu connue. La déviation de la colonne vertébrale constitue le principal phénomène de cette maladie, à laquelle elle a donné son nom. Le rachitis est propre à l'enfance et à la puberté; j'ai eu occasion d'en observer des exemples rares chez les vieillards.

Les rachitiques ont la tête volumineuse, le front saillant, l'intelligence vive et précoce, une physionomie vieille; leurs membres sont grêles, faibles, décharnés; leurs articulations volumineuses. Bientôt on voit survenir dans la direction des os ou dans leur mode d'accroissement des changements remarquables. Ceux des membres inférieurs se courbent dans tous les sens; ces courbures sont quelquefois parallèles, de sorte qu'une jambe forme un arc de cercle en dedans, tandis que l'autre le forme en dehors; d'autres fois la courbure de toutes les deux a lieu en dehors ou en dedans, de manière à écarter ou à rapprocher beaucoup les articulations des genoux. Les courbures sont souvent multiples sur le même os. Les membres inférieurs sont arrêtés dans leur développement; et, dans certains cas, au contraire, ils n'éprouvent aucune torsion; ils sont droits, et paraissent avoir une longueur démesurée, relativement au tronc, qui seul alors est déformé. Les membres thoraciques éprouvent des changements tout-à-fait analogues, mais qu'on remarque ordinairement moins. Les altérations de structure qui surviennent dans les os du tronc sont

dignes d'une attention plus sérieuse, en ce qu'elles gênent les fonctions les plus importantes à la vie. La colonne vertébrale se courbe en avant, en arrière, sur les côtés, et cette courbure peut être portée à un point extrême; les côtes suivent nécessairement la direction de la colonne vertébrale, de sorte qu'elles paraissent rentrées d'un côté et saillantes du côté opposé; elles chevauchent les unes sur les autres, cessent de se mouvoir, et finissent par se souder; ce qui fait comprendre combien doivent être gênés les organes sous-jacents. Les omoplates sont souvent bosselées, rondes, irrégulières; le sternum fait saillie en avant. Les os du bassin sont aussi le siége de déformations nombreuses, etc. On ne finirait pas si l'on voulait décrire tous les vices de structure dont les os sont susceptibles dans cette maladie. Ce qu'il y a de plus déplorable, c'est que les organes de la respiration et de la circulation, comprimés, gênés dans leurs mouvements, ne remplissent que des fonctions imparfaites, insuffisantes à l'entretien de la santé et de la vie. Aussi les rachitiques sont-ils fréquemment frappés de maladies au-dessus des ressources de l'art, et qui terminent prématurément leur carrière : l'anévrysme ou l'hypertrophie du cœur pulmonaire en sont le résultat le plus fréquent.

Névroses dites générales.

Sous la plume philosophique du docteur Georget, les entités ayant disparu pour faire place aux faits bien observés, les névroses, vaste champ exploité par les amateurs des abstractions, sont rentrées dans le domaine de la pathologie générale. Imbu, comme tous les bons esprits, des principes de la médecine organique, dominé par cette pensée que les altérations fonctionnelles doivent être rattachées à des altérations organiques, il a employé tous ses efforts pour faire comprendre que les lésions d'intelligence, de sensibilité, de mouvements, autrefois considérées comme des maladies des propriétés vitales, etc., devaient être considérées comme les expressions fonctionnelles de lésions des organes qui président à ces fonctions; c'est là la pensée dominante de ses écrits; honneur lui soit rendu, puisqu'il a fait rentrer ainsi cette branche de l'art dans le sentier de la raison! Mais s'il est impossible de contester ce principe, qui, depuis que nous écrivons, fait, pour ainsi dire, la morale de nos écrits, comme il fait depuis douze ans la base de notre enseignement clinique, on sent qu'on désirerait pour chaque maladie la preuve anatomique qui servirait à le confirmer d'une manière irrévocable. Malheureusement, quoiqu'il soit incontestable que l'épilepsie, la chorée, etc., dépendent d'une altération de la portion du cerveau qui préside au mouvement, nous ne savons encore rien de positif sur la nature de cette altération; ici, comme dans la plupart des maladies de cette division, *cette base de toute certitude médicale* nous manque. Espérons que des recherches ultérieures feront disparaître ces pénibles incertitudes.

Nous n'ignorons pas que par les travaux de quelques jeunes médecins, nourris dans les principes de la médecine organique, tels que MM. Delaye, Foville, Pinel-Grandchamp, Cazauvielh, Bouchet, plusieurs des points obscurs que nous venons de signaler ont déjà reçu de précieux éclaircissements; mais ces travaux estimables demandent d'être poursuivis, et soutenus par des observations nouvelles.

Nous allons exposer dans ce chapitre les caractères des maladies regardées jusqu'ici, faute de mieux, comme des névroses, telles que la folie et ses divisions principales, l'hydrophobie, l'épilepsie, l'hystérie, la catalepsie, la chorée, le tétanos.

Aliénation mentale, folie.

On ne saurait parler de l'aliénation mentale sans citer le nom de l'illustre auteur de la *Nosographie philosophique;* ce nom, le plus beau de la médecine moderne, sera surtout transmis à la postérité par le *Traité sur l'aliénation mentale.* Ce que Pinel fit pour les aliénés lui a mérité la reconnaissance de l'humanité, et doit l'élever au rang de ses bienfaiteurs. Il a tiré de la barbarie cette branche de l'art; et s'il n'a pas tout fait, c'est qu'il était homme; mais il n'a laissé à ses successeurs que la gloire de suivre de loin ses vestiges.

Ce n'est pas sans éprouver le plus vif regret qu'on se voit réduit à diviser encore aujourd'hui l'aliénation mentale d'après de simples modifications fonctionnelles. Certes, ce n'est pas là où doit conduire la médecine organique. Ces variétés sans nombre, basées sur de simples différences de délire, nous paraissent peu utiles au traitement des insensés, et partant peu philosophiques : c'est exactement comme si l'on divisait les maladies du poumon d'après les différents degrés de dyspnée. Il peut être bon de les indiquer; mais nous croyons qu'on s'y étend avec beaucoup trop de complaisance. Les divisions symptomatiques sont tout au plus bonnes dans l'enfance de l'art.

Dans sa signification la plus étendue, on doit entendre par folie un dérangement continu ou intermittent d'une certaine durée dans les facultés intellectuelles et morales. La folie s'annonce souvent par quelques travers d'esprit, quelque exagération dans les penchants, les goûts, les habitudes; par des idées fixes qui obsèdent le malade et se reproduisent malgré lui; par des aberrations des sens, etc.; d'autres fois elle arrive subitement, et atteint promptement toute son intensité. Ils perçoivent des sons, des bruits, des objets, des odeurs qui n'existent pas; ils supportent facilement un froid excessif, et paraissent insensibles aux impressions douloureuses. Tantôt ils déraisonnent sur tous les sujets; ils parlent sans suite, sans liaison, des objets les plus incohérents, avec une extrême sensibilité et la plus grande excitation; tantôt ils raisonnent très-bien sur tous les sujets, excepté sur un seul : tant qu'on ne touche pas ce sujet et quelque chose qui peut y ramener leur attention, on les dirait les gens les plus sensés du monde; ils ont des aperçus fins, ingénieux, de l'instruction, de la mémoire, de l'érudition sur toute autre chose, suivant leur éducation, et quelquefois plus que dans l'état sain; s'ils tombent sur le sujet de leur délire, il en raisonnent aussi très-conséquemment, selon les idées qu'ils se sont faites : rien ne peut les dissuader; ils sont convaincus qu'ils parlent et agissent avec raison.

Les fous conservent généralement la mémoire du passé; ils deviennent indifférents pour leurs proches et pour leurs amis. Ils sont dominés par un penchant, par une passion nouvelle : ils sont gais, tristes, sombres, farouches, timides, colères, emportés, méchants, rusés, traîtres, perfides, vains, orgueilleux, dominés par le penchant de la destruction, homicides, suicides, érotiques, etc. Ils ont rarement des convulsions, mais ils sont agités de mille mouvements divers : ils courent, sautent, frappent, brisent; leurs forces sont singu-

lièrement accrues. Leur physionomie exprime vivement le penchant ou la passion que les domine. La face est rouge, injectée, animée; les yeux ouverts, brillants; les artères temporales battent avec force; leur voix est forte et sonore; d'autres fois la face est pâle, maigre, jaune, calme en apparence; leur voix est alors faible et basse. Les aliénés dorment peu; leur sommeil est peu réparateur, troublé par des rêves ordinairement fâcheux et des réveils en sursaut. Ce qui distingue principalement l'aliénation mentale du délire qui accompagne les phlegmasies cérébrales et autres, c'est qu'il n'existe ordinairement aucun trouble dans les autres fonctions organiques, ou, s'il en existe, ils ne sont pas dans une dépendance nécessaire. L'appétit est naturel, souvent augmenté; la digestion est facile, etc.

On donne le nom de *manie* à un délire général ordinairement accompagné d'excitation. Georget en admet trois variétés, ou plutôt trois degrés. Dans le premier, les malades parlent avec volubilité, sur mille objets divers, souvent avec justesse; ils sont dans une agitation continuelle; d'ailleurs pleins d'inconséquences, d'indiscrétion, d'étourderies. Dans le second, bien qu'ils déraisonnent habituellement, cependant on peut parvenir à fixer leur attention; ils sont alors susceptibles de raisonnement, ils peuvent lire, écrire même avec suite, et converser. Dans le troisième degré, la confusion, l'incohérence, la volubilité, le désordre des idées, sont portés à leur comble, et accompagnés de cris, de vociférations, de chants, de menaces, de gestes, de mouvements désordonnés. Nous pensons qu'on devrait transporter le second degré au premier, comme nous paraissant offrir une altération moins profonde.

Lorsque le délire est exclusif, qu'il ne roule que sur une idée ou sur un petit nombre; lorsqu'il n'a pour cause que l'exagération d'un penchant, d'une passion, il a reçu le nom de *mélancolie* ou de *monomanie*. On en a fait autant de variétés qu'il y a de penchants, de passions, ou d'idées fixes. On a distingué une mélancolie ambitieuse, érotique, religieuse, démonomaniaque, lypémanique, misanthropique, zoanthropique, lycanthropique, suivant que les fous se croient rois, reines, princes, empereurs, papes, etc., qu'ils adorent des êtres imaginaires auxquels ils supposent tous les charmes, toutes les perfections; qu'ils redoutent l'enfer, qu'ils prient continuellement; qu'ils se croient damnés; qu'ils vivent dans un ennui, dans une crainte continuels; qu'ils ont les hommes en horreur, qu'ils se croient transformés en animaux, en sexe différent du leur, etc. Il est une autre espèce de monomanie, dans laquelle les malades ont un penchant irrésistible à se détruire; cette variété a fourni à M. le docteur Falret le sujet d'un livre plein d'intérêt sous le titre d'*Hypocondrie suicide;* souvent aussi leur penchant les porte à détruire les autres. Les recherches cadavériques faites avec suite, dans ces derniers temps, n'ont pas été sans résultat pour l'aliénation mentale; MM. Delaye et Foville sont arrivés à cette conséquence, que la substance grise était presque constamment altérée dans cette maladie; cette substance est ordinairement rouge, uniformément, ou par places, injectée, brune foncée, quelquefois décolorée, molle, adhérente aux membranes qui en emportent une partie lorsqu'on les détache; offrant au contraire plus de consistance que dans l'état normal. Les membranes elles-mêmes offrent des traces d'inflammation; elles sont rouges, injectées, contiennent beaucoup de sérosité; elles sont opaques, blanches, opalines, couvertes d'un fluide concret, puriforme, etc.; les os sont épais, durs, éburnés, etc.

Démence.

La démence, qui consiste dans l'incapacité intellectuelle et morale, la nullité d'action de ces facultés ou du moins leur forte diminution, peut être le résultat de l'âge, ou bien succéder à la manie, à la mélancolie. Primitive ou consécutive, on la reconnaît à l'hyposthénie profonde des impressions des sens, des facultés intellectuelles et morales, et de la sensibilité. La faiblesse des impressions actuelles n'est pas le résultat de l'altération des organes des sens, mais bien celui du centre de perception. Le malade a perdu le souvenir du passé, il est indifférent au présent, sans inquiétude pour l'avenir; son attention est nulle, il est incapable de la moindre réflexion; ses idées sont incohérentes, sans liaison, sans affection pour ses proches; il n'est touché de rien; il rit et pleure sans motif; sans idées, sans désirs, sans affection; il traîne une vie végétative à peine agitée par quelques excitations fugaces, passagères. La sensibilité générale est aussi obtuse que les autres facultés cérébrales; il ne sent l'impression ni du froid, ni du chaud, ni de l'humidité.

Lorsque la mort termine leur existence, le cerveau de ces individus est pâle, décoloré, exsangue; la substance grise se confond, pour ainsi dire, par sa nuance avec la blanche; on remarque de plus la diminution sensible du volume du cerveau et l'affaissement des circonvolutions, l'augmentation de consistance de la substance encéphalique; d'autres fois une mollesse générale, enfin l'épaisseur des parois du crâne, la saillie de la table interne, l'augmentation d'espace d'une lame à l'autre, etc.

Idiotie.

La différence principale qui existe entre la démence et l'idiotie, c'est que la première est acquise, la seconde est congénitale. Comme la démence, l'idiotisme consiste dans une hyposthénie plus ou moins grande des facultés intellectuelles, morales et sensitives; mais les degrés de cette espèce de paralysie sont très-variables. Combien, dans le monde, ne voit-on pas de gens qui, par leur air stupide, par leur défaut d'intelligence et de moyens, par leur niaiserie, leur maladresse, peuvent, à juste titre, passer pour être atteints du premier degré d'imbécillité! Où commencera l'état morbide, où finira l'état sain? Quoi qu'il en soit, un air de stupidité, qui n'échappe pas même aux gens étrangers à l'art de guérir; les yeux ouverts, hébétés, qui regardent sans voir; la bouche béante, le front déprimé ou irrégulièrement développé; un rire continuel et sans motif, ou des pleurs répandus sans cesse et sans cause; la mémoire à peine capable de retenir quelques mots, qui sont ensuite mal articulés, ou l'impossibilité totale d'en apprendre ou d'en prononcer un seul; l'intelligence si faible, que les notions les plus simples et les plus matérielles peuvent à peine être saisies, ou même l'abolition complète de toute faculté de comprendre; le jugement des lieux, des distances, des temps, des quantités, entièrement ou presque entièrement aboli: la privation totale de raisonnement, par conséquent l'impossibilité d'apprendre la profession mécanique la plus simple, quelquefois cependant la connaissance de la valeur de l'argent;

le sentiment des besoins physiques; le désir, la faculté de connaître des aliments, des actions pour s'en saisir; le penchant au vol; la ruse, l'astuce même, pour parvenir à s'approprier ce qu'ils convoitent; le désir de l'union des sexes, témoigné dans les femmes, par leur joie en voyant les hommes et par des airs de coquetterie; la passion aveugle et brutale de l'onanisme; le sentiment du froid, du chaud; l'envie de s'y soustraire; d'autrefois l'insensibilité complète à ces excitants extérieurs et aux besoins organiques les plus impérieux, au point qu'on est obligé de leur mettre les aliments dans la bouche, de les faire boire, de les coucher, de les vêtir; quelquefois la curiosité pour certains objets, le sentiment des sons; l'expression des désirs par des cris, des gestes, etc; dans quelques-uns même des accès de violence et de fureur qui peuvent avoir des suites funestes; enfin la faculté de reconnaître les personnes qui les soignent, de s'y attacher; mais plus généralement une indifférence, une apathie absolue : tels sont les principaux traits qui caractérisent l'idiotisme.

Les fonctions intellectuelles et sensoriales ne sont pas seulement lésées; les mouvements sont fréquemment affectés. Il n'est pas rare que les idiots soient paralytiques dans la moitié du corps ou seulement d'un des membres pelviens ou thoraciques; ces membres sont en général contournés, atrophiés. Les idiots sont ordinairement de petite stature; leur crâne est généralement mal conformé, petit, étroit, alongé, aplati, irrégulier. Toutes les fonc-fonctions organiques s'exécutent avec beaucoup d'énergie.

L'anatomie pathologique fait découvrir des altérations variées et très-propres à expliquer les désordres fonctionnels que nous venons de signaler. Les os du crâne sont épaissis; l'encéphale est d'une petitesse remarquable; ses circonvolutions sont minces, peu profondes; on trouve fréquemment la destruction d'un lobule entier; la partie détruite forme une dépression digitale lorsque les parois se sont rapprochées; d'autres fois elle est remplacée par un kyste contenant de la sérosité; ces altérations coïncident avec la paralysie et l'atrophie des membres. On rencontre aussi l'endurcissement de la substance blanche, des traces de méningites, d'encéphalites, etc.

Les aliénés sont sujets à une espèce de paralysie, sur laquelle M. Dalave, autrefois élève de la Salpêtrière, aujourd'hui professeur de médecine à Toulouse, médecin rempli des principes de la médecine organique, a fixé l'attention des observateurs. M. Calmeil, jeune médecin aussi très-distingué, sorti de la même école, vient de publier un ouvrage intéressant sur le même sujet. Cette espèce de paralysie, qu'il désigne sous le nom de *paralysie générale* des aliénés, et qui, suivant lui, reconnaît pour cause *matérielle* une *phlegmasie chronique* développée au pourtour du cerveau, et très-fréquente dans les grands établissements où l'on soigne les fous. Cette maladie lui semble propre aux aliénés; elle fait moins de victimes parmi les femmes que parmi les hommes. Ordinairement la langue se prend la première, la prononciation est *embarrassée*. Le plus souvent, lorsque les mouvements de la langue sont difficiles, ceux des jambes commencent à perdre de leur énergie et de leur étendue; les sujets marchent, mais la progression n'est pas assurée. Jusque là, la paralysie respecte les membres thoraciques; la sensibilité n'est pas encore lésée. Plus tard (et il faut, terme moyen, treize mois pour que la maladie prenne tout son accroissement), les malades ne peuvent plus se tenir debout; ils sont condamnés à végéter sur un fauteuil, jusqu'à ce que les escharres gangréneuses qui se forment sur les régions soumises à une pression habituelle, et les désordres qui se manifestent, soit dans les poumons, soit sur la muqueuse gastro-intestinale, viennent précipiter la fin de leur malheureuse existence. La prononciation ne s'entend plus à ce degré de la paralysie générale; les bras agissent encore, mais leur action est très-restreinte; l'intelligence est abolie; la tête s'incline sur la poitrine; tout le système musculaire est affaibli; l'urine et les matières fécales coulent à l'insu du sujet ou s'accumulent dans leurs réservoirs. La santé *générale* ne se dérange que dans les derniers mois de la vie; l'appétit se conserve; la langue a sa coloration naturelle; la peau n'est pas chaude; le pouls n'est pas fréquent. On ne croirait pas, si on ne l'avait vu, qu'il existe dans le cerveau un désordre aussi profond.

Presque toujours, la quantité de sérosité accumulée dans la grande cavité de l'arachnoïde s'élève à six onces, sept onces, huit onces. Les ventricules sont distendus par un liquide analogue; les *villosités* de leur membrane sont *rouges* et *gonflées*.

Il est entre la pie-mère et le feuillet cérébral de l'arachnoïde un œdème, qui fait paraître le pourtour du cerveau *gélatineux*, et on croirait, si on n'y regardait de près, que la *méningine* et la *méningette* sont épaissies.

La pie-mère refuse d'abandonner les circonvolutions cérébrales; en s'enlevant, elle emporte avec elle une couche de substance grise, qui est épaisse d'une demi-ligne ou même d'une ligne. La pulpe adhérente à la pie-mère est *mollasse*, de couleur *violette*.

Les circonvolutions, coupées peu profondément avec le bistouri, offrent dans leur substance grise une coloration *lilas*, *lie de vin*; le plus souvent la substance blanche est *saine*. Quelquefois les petits tubes capillaires qui la traversent sont *injectés*, mais l'injection n'est pas combinée avec la pulpe. Il n'y a jamais de *lésions locales*; s'il y en a, on n'a pu prévoir leur existence en étudiant les symptômes.

Hypocondrie.

Cette maladie singulière se présente sous une multitude d'aspects qui varient chez tous les individus, et qu'il est certainement bien impossible de décrire, à plus forte raison de définir. Les symptômes les plus bizarres, les plus incohérents, et souvent en apparence les plus graves, existent avec un état satisfaisant, quelquefois même florissant de santé, sans aucun danger pour les jours des malades. Cette affection doit avoir son siége dans la région du cerveau qui préside à la sensibilité générale, comme l'épilepsie dans celle du mouvement, et la folie dans celle de l'intelligence. En effet les symptômes de cette affection sont presque tous primitivement des altérations de la sensibilité; et lorsque les sens, l'intelligence ou les mouvements participent à la maladie, c'est en quelque sorte par sympathie ou par contiguïté. Les premiers phénomènes sont des aberrations de sensibilité, des douleurs variables dans tous les organes de l'économie, et par suite le trouble de leurs fonctions. Georget a réuni l'immense série des modifications fonctionnelles qu'ils peuvent présenter. Il est presque inutile de prévenir que les hypocondriaques n'éprouvent pas tous ces symptômes, mais seulement un certain nombre

et tour-à-tour; car ils se succèdent avec une singulière mobilité. Voici quelques-uns de ces symptômes, propres à donner une idée de cette maladie. Douleurs de tête violentes, étendues, circonscrites, fixes, mobiles, continues, intermittentes, comparées par les malades à des pincements, des déchirements, des brûlures, des tenaillements, des perforations, etc.; sensations de battements, de bouillement, de frémissements, de bruits, de détonations, de sifflements, de chants, de musique, de voix. La tête est quelquefois rouge et chaude. Le sommeil est léger, peu réparateur, interrompu par des réveils fréquents et subits, tourmenté par des rêves sinistres. Les sens sont très-sensibles à leurs excitants naturels; le bruit, la lumière, les odeurs sont souvent intolérables; les variations atmosphériques, le froid, le chaud, l'état électrique de l'air, leur font éprouver des sensations pénibles; quelquefois il existe de véritables anomalies de perception; les odeurs fétides leur sont agréables, les mets peu savoureux pleins de délices; ils éprouvent des éblouissements, des étincelles, des vertiges, des tintements d'oreilles, etc. Leur intelligence est ordinairement libre et saine, souvent très-développée; mais ils ne peuvent supporter le travail, une attention soutenue les fatigue. Ils se plaignent d'avoir les idées confuses, rapides, variées, sans liaison, sans qu'ils puissent les coërcer par la volonté; la mémoire les abandonne; ils se disent sujets à des absences complètes, à des faiblesses, des défaillances, des crises. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est leur moral. Ils sont habituellement tristes, chagrins, grondeurs, et passent, avec la plus grande facilité, de cet état à une joie immodérée; ils sont sujets à des accès de gaieté bruyante; ils sont ombrageux, peureux, défiants, faibles, irascibles, d'un commerce difficile, fatigants pour tout ce qui les entoure, inconstants dans leurs affections, s'attachant et se détachant pour la moindre cause; mais surtout d'un égoïsme extraordinaire; rapportant tout à eux; ne s'intéressant qu'à ce qui a rapport à leur utilité personnelle; ne donnant leur affection qu'à proportion qu'ils en attendent quelque avantage pour eux, et principalement pour leur santé, qui les occupe pardessus tout. Ils s'imaginent toujours être à la porte du trépas, ou du moins sur le point d'avoir quelque maladie incurable; ils affectent un grand mépris pour la vie, mais toute leur conduite prouve qu'ils y tiennent beaucoup; ils parlent de leurs maux avec complaisance, et les exagèrent singulièrement; ils accueillent tous les avis, tous les conseils, lisent avidement les livres de médecine, se croient affectés de toutes les maladies dont ils voient la description; ils changent souvent de médecins, trompés qu'ils sont toujours dans leur espoir.

Mais les phénomènes qu'ils éprouvent dans tous les systèmes et appareils de la vie organique sont encore plus singuliers, et surtout plus nombreux, plus variés. Spasme, resserrement de l'œsophage, soif vive ou nulle, appétit extraordinaire ou nul, digestion rapide ou d'une lenteur extrême; désir des aliments les plus indigestes, les plus contraires à leur état, faculté de les digérer promptement; bizarreries dans cette faculté, telles que les substances qui réussissent aujourd'hui, ne réussissent pas demain; constipation habituelle, quelquefois dévoiement; fèces très-fétides, hémorrhoïdes, urine abondante, claire, limpide, ou trouble et rare, etc.; mixtion douloureuse; douleurs variées, atroces dans l'estomac, les intestins; vents par haut, par bas, fétides ou inodores, borborygmes, etc.; respiration gênée, suffocation imminente, crampes, resserrements, griffes de fer qui compriment les poumons; impossibilité de supporter les vêtements, les couvertures; battements fréquents et violents du cœur; pouls fréquent, quelquefois inégal, irrégulier, lent; sueurs partielles, ou générales; peau sèche, aride, froide, écailleuse, souvent couverte d'éruptions variées; douleurs, des membres, des articulations, crampes, fourmillements, insensibilité, immobilité, tremblement, convulsions, paralysie locale, passagère; d'ailleurs physionomie mobile, passant rapidement de l'expression de la joie à la tristesse, de la souffrance à l'apparence d'une santé parfaite; voix souvent faible et éteinte, reprenant rapidement de la force lorsque ces malades éprouvent quelque satisfaction, etc. Cette maladie est ordinairement très-longue.

L'anatomie pathologique n'a rien appris encore de satisfaisant sur l'hypocondrie, les altérations variées qu'on a trouvées chez ces malades ne pouvant être considérées comme la cause des accidents variés qu'ils ont éprouvés pendant leur vie. Ces altérations, en effet, peuvent être simplement concomitantes, coïncidentes; elles peuvent être développées par des causes qui ont agi depuis l'hypocondrie; elles peuvent exister sans produire cette maladie, et celle-ci sans leur donner naissance. Nous le répétons, nous croyons que c'est dans l'organe de la sensibilité générale principalement qu'on devra trouver la modification organique de l'hypocondrie.

Hydrophobie, rage.

La rage se développe quelquefois spontanément, ce qui n'empêche pas que sa cause la plus ordinaire ne soit la morsure d'un animal enragé. Elle est l'effet d'une cause spécifique, d'un virus, d'un venin, comme divers empoisonnements, et comme les maladies contagieuses en général. Nous la séparons des empoisonnements pour la ranger parmi les névroses, parce qu'elle affecte principalement le système nerveux. Après un temps variable d'incubation, c'est-à-dire après trente, quarante jours, plus ou moins à dater de la morsure de l'animal enragé, apparaissent les premiers symptômes de l'hydrophobie. La plaie résultant de cette morsure s'était cicatrisée, au bout de quelques jours, comme une plaie simple; mais, au moment où l'hydrophobie se déclare, la cicatrice devient douloureuse, se boursoufle et se rouvre, ce qui cependant n'arrive pas toujours. En même temps la tête devient pesante, douloureuse; l'insomnie se déclare, ou bien le sommeil est agité par des rêves sinistres; la figure s'anime, le regard devient vif, l'œil brillant; l'inquiétude et la terreur s'emparent du malade, qui se rappelle avec effroi la circonstance de la morsure qu'il a reçue; l'idée de la rage vient l'épouvanter; son humeur change; il est sombre et taciturne; il fuit la société, recherche la solitude, qu'il abandonne bientôt. Après ces premiers symptômes, la vue d'un liquide ou d'un corps brillant, la seule agitation de l'air, excitent un frissonnement général et involontaire. Si, contraint par la soif, il veut approcher de sa bouche un vase rempli d'eau, il le repousse par un mouvement convulsif, avant qu'il ait touché ses lèvres. Je fus appelé auprès d'un homme de vingt-cinq ans, qui avait été mordu quarante-cinq jours auparavant par un chien enragé. Je le trouvai debout, l'œil ouvert, l'air stupide, immobile, la face colorée; je lui fis prendre un verre d'eau, qu'il saisit en tremblant; je lui ordonnai de le boire. Aussitôt, sans proférer une parole, mais avec une expression d'aversion très-pronon-

cée, il porta le verre à sa bouche, et le rendit sur-le-champ avant d'avoir goûté le liquide; je lui ordonnai de nouveau, d'une manière plus impérieuse encore, de boire le liquide que le vase contenait; il reprit le verre avec une expression terrible d'horreur, il le regarda fixement, le vida, et rejeta le liquide, par un mouvement convulsif, au milieu de l'appartement : un spasme, une constriction involontaire du pharynx, avait opposé une résistance invincible à la déglutition. Le délire s'empara bientôt de ce malade, qui mourut dans la nuit, deux jours après l'apparition des premiers accidents.

Les malades éprouvent un sentiment d'ardeur et de constriction à la gorge, avec impossibilité d'avaler les liquides, qui leur inspirent une véritable horreur, et dont la vue provoque des convulsions. Il survient de véritables accès, caractérisés par un délire furieux, le désir de battre, de détruire, des cris, des vociférations, des hurlements, une agitation violente; le visage est enflammé, le regard terrible, l'œil fixe et hagard; des visions fantastiques poursuivent ces malheureux; il est rare qu'ils sentent le désir irrésistible de mordre; lorsqu'ils l'éprouvent, ils en avertissent, et demandent à être attachés avant que l'accès se renouvelle. Leur voix est rauque, altérée; la salivation abondante; l'anxiété, la suffocation sont extrêmes; il existe des douleurs aiguës sur le trajet de la moelle épinière, et quelquefois un priapisme opiniâtre. Ces exacerbations sont provoquées par la vue de l'eau, de la lumière, des corps polis, et souvent sans cause appréciable. Un calme non moins funeste, ou plutôt une fatigue profonde, succède à cette agitation. Ces infortunés reconnaissent leurs emportements et s'en excusent; leur physionomie, alors pâle, abattue et craintive, exprime le désespoir et le sentiment d'une destruction prochaine. Ils recouvrent quelquefois la faculté d'avaler; mais bientôt les accès se rapprochent, finissent par devenir continus, et l'adynamie termine au bout de peu de jours cette scène de douleurs. Des vomissements continuels de matières brunes, le hoquet, le refroidissement des extrémités, la pâleur cadavérique de la face, etc., précèdent la mort, qui arrive du premier au septième jour.

L'ouverture des corps a fait reconnaître l'inflammation du pharynx, des bronches, de la trachée, des méninges spino-cérébrales, et de la substance encéphalique; mais toutes ces phlegmasies ne sont que des phénomènes secondaires; la maladie gît dans l'altération générale de l'organisme par le virus lyssique.

La rage *spontanée* présente à peu près les mêmes symptômes; elle est dépourvue de la circonstance commémorative de la morsure d'un animal enragé, et n'offre pas de paroxysmes comme la précédente. On a aussi admis une hydrophobie symptomatique.

Épilepsie.

Rien ne trouve plus l'utilité des connaissances d'anatomie pathologique que le vague qui règne dans l'histoire des maladies dont on ne connaît que les expressions fonctionnelles. Qu'est-ce que c'est que l'épilepsie, quelle est la modification organique qui la produit? est-elle une maladie différente de l'hystérie; en quoi consiste cette différence? Ces deux maladies ont-elles le même siége, ne sont-elles que des nuances de la même affection? Les différences admises par les auteurs sont-elles bien fondées? Telle est la série de questions qui se présentent à l'esprit lorsqu'on réfléchit sur le sujet qui nous occupe.

Tous les médecins se sont attachés à trouver des différences entre l'hystérie et l'épilepsie; ils ont jugé fort important d'établir une distinction entre un groupe de symptômes et un autre qui n'en varie que par un moindre degré de violence, parce que l'un des deux est moins susceptible de guérison que l'autre. C'est comme si l'on devait faire deux maladies différentes de deux pneumonies, parce que l'une doit guérir et l'autre se terminer par la mort.

A la vérité, lorsqu'on voit un grand nombre de malades atteints de convulsions, on peut distinguer les attaques d'épilepsie des attaques d'hystérie, on peut même distinguer encore de simples étourdissements épileptiques; il est aussi très-vrai que des épileptiques n'ont jamais eu de symptômes hystériques, et que des hystériques ne deviennent jamais épileptiques : cependant l'on voit souvent l'hystérie se convertir en épilepsie, et des épilepsies présenter des phénomènes hystériques. En nous dirigeant par les données de la médecine organique, nous arrivons à cette conclusion, que dans l'un comme dans l'autre cas c'est la partie de l'encéphale qui préside au mouvement qui est essentiellement malade; que les autres parties de cet organe peuvent être aussi affectées, et qu'elles le sont, sinon d'une manière différente, du moins à des degrés divers. Il serait facile de soutenir ces propositions par l'analyse et le rapprochement des symptômes. Au reste, voici quelles sont les modifications fonctionnelles propres à l'épilepsie :

Des accès répétés de convulsions, avec perte complète de connaissance, injection de la face, distorsion et écume de la bouche. C'est en général au moment où le malade s'y attend le moins qu'il est frappé de l'attaque d'épilepsie; dans quelques cas cette attaque s'annonce par des phénomènes précurseurs, et ces phénomènes sont des troubles des sens, de l'intelligence, de la myotilité. Chez un assez grand nombre, l'accès est annoncé par un phénomène particulier extrêmement variable et singulier; c'est ordinairement un sentiment de douleur, une chaleur vive, un froid piquant, un engourdissement, un chatouillement dans un point du corps, d'où il se répand dans tout l'organisme. Le malade jette un cri perçant, perd connaissance et tombe. Le tronc et les membres se raidissent, se contractent, s'agitent avec violence : la face se gonfle, devient rouge et même violette; les veines du cou et des tempes sont dilatées, la pupille contractée ou dilatée est immobile; les paupières sont fermées, ou entre ouvertes; le globe de l'œil roule dans l'orbite; la bouche est distendue et écumeuse; les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre; la tête fortement inclinée sur les côtés, en avant ou en arrière. L'état convulsif est quelquefois plus prononcé d'un côté que de l'autre; le plus ordinairement il est le même des deux côtés. La poitrine est fixe, presque immobile, elle peut à peine se dilater pour permettre l'inspiration; les battements du cœur sont forts et tumultueux; le malade, prenant un point d'appui sur sa tête et sur ses pieds, soulève le tronc et le laisse retomber avec force, en poussant des cris violents; les bras se renversent en dedans, les poings sont fermés, les pouces serrés dans les autres doigts; les dents claquent les unes contre les autres, et se rompent quelquefois; la langue est fréquemment blessée dans ces attaques, alors l'écume de la bouche est sanglante, etc. Au bout de quelques minutes cet appareil de symp-

tômes cesse, pour recommencer après une courte rémission; plusieurs attaques successives se renouvellent ainsi, après quoi un sommeil stertoreux survient, et le malade s'éveille sans conserver le moindre souvenir de ce qu'il vient d'éprouver; seulement il se trouve dans une grande fatigue, ses membres sont comme brisés; il conserve souvent dans l'intervalle des accès quelques dérangements cérébraux, souvent aussi sa santé est parfaite; enfin, au bout d'un temps plus ou moins long, quelques heures, plusieurs jours, plusieurs mois, avec ou sans périodicité, l'accès se renouvelle. Les accès répétés finissent par entraîner la démence et une mort prématurée. Les épileptiques sont sujets aussi à des espèces d'étourdissements légers et fugaces; ils perdent un instant connaissance, tournent la tête; les membres éprouvent quelques convulsions partielles, et se réveillent au bout de quelques instants, et cela au milieu d'une conversation.

Les travaux entrepris dans un but louable par divers auteurs, entre autres par MM. Bouchet et Cazauveilh, jeunes médecins de notre hospice, ont fait reconnaître une multitude de lésions, mais aucune ne nous paraît propre à l'épilepsie, dont la cause organique est sans doute aussi fugace que celle des mouvements physiologiques.

Hystérie.

L'hystérie, caractérisée aussi par des attaques de convulsions et une multitude d'autres phénomènes variables, ne m'a toujours paru qu'une variété de l'épilepsie : ces deux maladies affectent sans contredit la même portion de l'encéphale, celle qui préside aux mouvements. On trouve dans l'hystérie un grand nombre de symptômes que nous avons décrits dans l'hypocondrie : elle diffère principalement de cette dernière affection par les mouvements convulsifs; et de l'épilepsie, en ce que les convulsions, 1°, sont excentriques (signes douteux et peu importants); 2°, en ce que la face est beaucoup moins altérée, décomposée, signe sur lequel M. Landré-Beauvais a fort insisté, et qui véritablement est peut-être le plus certain; 3°, en ce que les malades entendent les questions qu'on leur adresse, et ne perdent jamais complètement connaissance; 4°, en ce qu'ils n'écument pas; 5°, en ce qu'ils n'éprouvent pas de sommeil stertoreux; mais nous devons prévenir qu'aucune de ces différences n'existe constamment, et ne suffit, à notre avis, pour fonder la distinction des deux maladies. Quoi qu'il en soit, en général, après une série de phénomènes cérébraux des plus variables, tels que céphalalgie, agitation, insomnie, douleurs vives, crampes, contractions passagères des muscles, illusions des sens, rires immodérés, dyspnée, etc., les malades éprouvent vers l'hypogastre le sentiment d'une boule qui remonte vers l'épigastre, le comprime, s'élève jusqu'au cou, où elle fait éprouver une strangulation, une suffocation insupportables. Le ventre est dur, tendu, rétracté, ou au contraire singulièrement ballonné, tuméfié; la face est alternativement pâle et colorée, les membres chauds ou froids; le pouls petit, quelquefois inégal, irrégulier; les battements du cœur sont cependant prononcés, ceux des artères temporales et carotides sont en même temps très-sensibles. Les malades tombent et entrent en convulsion; elles poussent en général des cris singuliers, et perdent en apparence l'usage de leurs sens; elles ne paraissent sensibles à aucun excitant; mais après l'accès, elles se souviennent de ce qui s'est passé, et font connaître qu'elles entendaient. Au reste, les mouvements convulsifs ressemblent beaucoup à ceux de l'épilepsie; seulement, ainsi que nous l'avons dit, la face est moins altérée, la bouche moins tordue, moins écumeuse; les mouvements ont lieu de dedans en dehors, les mains sont ouvertes, etc. Il existe une constriction violente au larynx et à la poitrine; le diaphragme paraît immobile; l'abdomen est agité de contractions ondulatoires. Les malades se frappent, se déchirent, s'arrachent les cheveux, etc.; après quoi elles reprennent leurs sens d'une manière insensible ou rapide; elles versent souvent des larmes abondantes, ou sont prises de rires immodérés : il ne survient pas de sommeil stertoreux. Après l'accès il reste un brisement douloureux des membres, et une multitude d'accidents cérébraux. La durée totale de cette maladie est illimitée; celle de ses accès n'est pas plus déterminée : elle est susceptible de guérison.

Catalepsie.

La catalepsie est caractérisée par la perte plus ou moins complète de connaissance, avec contraction tonique et permanente des muscles; ce qui donne au malade la faculté singulière de conserver, pendant toute la durée de l'attaque, la position qu'il avait au moment où il en a été saisi, et de garder celle qu'on lui imprime, quelque pénible qu'elle soit.

Ces phénomènes caractéristiques, ainsi qu'on le pense bien, offrent des différences notables chez les divers individus. L'invasion de l'attaque de catalepsie est quelquefois brusque, instantanée; elle se déclare aussitôt après l'application d'une cause morale violente; d'autres fois elle est lente, et survient après des lassitudes, des pandiculations, des bâillements, de la céphalagie, de la pesanteur de tête, de l'insomnie ou de la somnolence, des crampes, des mouvements convulsifs, de la tristesse, etc. Dans l'un et l'autre cas, le malade perd connaissance; s'il parlait, il interrompt tout-à-coup sa conversation; il cesse d'entendre, de voir, de sentir les odeurs, les saveurs et les impressions du tact. Ses yeux sont convulsés en haut. En même temps le corps est dans une raideur telle qu'on ne peut pas le mouvoir; ou si l'on parvient à changer les membres de position, ils conservent celle qu'on leur imprime. Dans quelques cas, la perte de connaissance n'est pas complète, le malade entend, flaire, voit, etc., sans pouvoir rendre compte de ses sensations; en même temps les membres ne sont pas aussi contractés que dans les cas précédents; ils peuvent être fléchis avec assez de facilité, et les malades les laissent retomber graduellement et avec lenteur lorsqu'on les a soulevés. Dans quelques attaques, la figure est animée, la peau chaude, les artères temporales battent avec force, le pouls est fréquent et développé, la respiration grande ou accélérée; dans d'autres, la peau est pâle, froide; le pouls et la respiration sont presque insensibles. En général les malades n'entendent aucune des questions qu'on leur adresse; néanmoins si, pendant qu'on leur parle, on touche quelque partie de leur corps, il peut arriver qu'ils vous entendent et qu'ils vous répondent, ainsi que l'a constaté plusieurs fois le docteur Pétetin; mais ce fait mérite d'être examiné de nouveau. Après l'attaque, qui peut durer seulement quelques heures ou quelques jours, le malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant sa durée : on a vu des malades achever la phrase qu'ils avaient commencée au moment de l'accès; en un mot, les cataleptiques sont sou-

vent somnambules. La santé revient complètement après l'accès, ou bien il reste quelques accidents qui attestent un embarras dans le cerveau : ces accidents ressemblent à ceux du prodrôme. Il est rare que la maladie se termine par la mort. J'ai observé une fois cette terminaison chez une femme cataleptique qui avait une pneumonie. La catalepsie se reproduit par accès plus ou moins éloignés; les accès reviennent au bout de deux, trois, quatre, cinq, six ou sept jours, après plusieurs mois, et n'ont rien de fixe et de déterminé.

Je n'ai rien trouvé dans le cerveau, non plus que les observateurs qui ont fait des recherches à ce sujet; mais je n'en suis pas moins convaincu qu'il faut qu'il existe une lésion organique quelconque.

La catalepsie pourrait être confondue avec la mort apparente, lorsqu'elle est accompagnée de pâleur, d'insensibilité du pouls, de froideur à la peau; la contracture pourrait, dans ce cas, être prise pour de la raideur cadavérique; mais on évitera facilement cette erreur en examinant avec soin l'état du pouls, qui n'est jamais complètement suspendu, non plus que la respiration; en se rappelant les causes qui ont agi sur le malade, l'état de santé antécédent, la marche de la maladie, et, en définitive, en attendant un certain temps, l'absence des signes de décomposition. L'asphyxie et la syncope ont des signes propres qui n'ont qu'un rapport très-éloigné à ceux de la catalepsie.

Chorée, danse de Saint-Weith, de Saint-Guy.

Cette maladie bizarre consiste dans des mouvements automatiques, singuliers, involontaires, incoërcibles, d'un ou plusieurs membres, qui font que le malade ne peut saisir les objets, les approcher de sa bouche, ou aller vers un but par une ligne droite ou par une suite de mouvements réguliers. C'est toujours par une succession de contractions dont les unes, volontaires, tendent à l'approcher du but, et les autres, involontaires, tendent à l'en éloigner, qu'il parvient à l'atteindre. Les muscles de la face et du cou sont fréquemment frappés de cette espèce de convulsions : alors le malade secoue la tête en sens divers; les muscles des joues se contractent et se relâchent alternativement, quelquefois d'un seul côté, et souvent des deux côtés à la fois, ce qui produit les grimaces les plus extraordinaires; la main se tourne en supination, les doigts se fléchissent et s'ouvrent, s'écartent alternativement; la jambe se lève et fléchit, s'étend tout au rebours de la volonté, et les orteils présentent les mêmes contractions que les doigts de la main; si l'on fait marcher le malade en le soutenant, il est agité de toutes sortes de mouvements. Cette maladie peut durer quelques jours, plusieurs mois, toute la vie; elle n'entraîne pas la mort.

J'ai vu succomber récemment une femme de cinquante ans, qui depuis son enfance était affectée de chorée de tout le côté gauche du corps; ses membres étaient même atrophiés. Je m'attendais à trouver une atrophie d'une portion du lobe droit du cerveau; il n'y avait rien, ou du moins, malgré toute mon attention, je ne vis rien; ce qui n'empêche pas qu'il ne dût y avoir quelque chose.

On ne peut confondre la chorée avec aucune autre maladie.

Tétanos.

Le tétanos consiste dans une contraction douloureuse et permanente des muscles; elle commence par les masséters et les temporaux, qui maintiennent la mâchoire inférieure rapprochée de la supérieure. Les malades ont d'abord de la peine à ouvrir la bouche, ce qui devient ensuite totalement impossible par les efforts les plus violents (trismus); une salive filante sort de la bouche. Bientôt la contraction se communique aux autres muscles de la face, à ceux du cou; la tête est renversée en arrière, en avant ou sur les côtés; le tronc ne tarde pas à être saisi de la même rigidité, ainsi que les membres; l'individu ne semble alors composé que d'une seule pièce, toute flexion a disparu. Le tronc affecte diverses directions, suivant que la contraction est plus prononcée en avant, en arrière ou sur les côtés (emprosthotonos, opisthotonos, pleurosthotonos). Les artères temporales battent quelquefois avec force; la peau est de chaleur naturelle; le pouls est à l'état normal. D'autres fois la peau est chaude, âcre, sèche; le pouls fréquent, plus ou moins développé; une sueur copieuse inonde le corps; la respiration est anxieuse; la déglutition difficile, souvent impossible; la face est animée, elle exprime la crainte, la douleur, le désespoir; les souffrances du malade paraissent extrêmes; rarement il existe du délire. Cette affection extrêmement grave se termine en général par la mort, du premier au huitième jour. Quelquefois la guérison a lieu; ce cas heureux s'observe dans les tétanos partiels et peu prononcés.

L'anatomie pathologique n'a rien encore fait connaître de constant et de positif sur cette maladie, mais tout porte à croire que c'est principalement dans la portion spinale du système nerveux que réside l'altération pathologique, et que cette altération est de nature inflammatoire.

Les maladies nerveuses dont nous venons de tracer le tableau diffèrent trop entre elles pour qu'il soit nécessaire d'en faire le rapprochement : l'hystérie et l'épilepsie sont les seules qu'on puisse confondre, et cette erreur ne saurait être funeste; les autres n'ont pour ainsi dire rien de commun.

Telles sont les maladies dont nous voulions faire connaître les caractères distinctifs. Nous nous sommes étendu davantage sur celles qui par leur fréquence et leur danger méritent plus d'être connues; nous avons passé rapidement sur celles qui sont plus rares ou moins dangereuses; enfin nous en avons volontairement omis quelques-unes dont la connaissance est très-peu importante, ou que nous regardons comme de simples symptômes d'autres affections. Il nous reste maintenant à faire reconnaître quelle doit être l'issue des maladies, et à baser leur traitement sur des principes rationnels; c'est ce que nous allons tâcher de faire.

TROISIÈME PARTIE.

DU PRONOSTIC.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Prédire quelle sera la marche, la durée d'une maladie, quels phénomènes elle présentera, quelle sera son issue favorable ou funeste, constitue l'art du *Pronostic*, partie de la médecine plus brillante qu'utile, cultivée avec le plus grand soin par les médecins de l'antiquité, qui nous ont en effet transmis des modèles en ce genre. On voit ici une preuve nouvelle que, dans l'enfance des arts et des sociétés, les esprits sont surtout frappés par tout ce qui porte le caractère du merveilleux. Rien ne le paraît davantage que la faculté de lire dans l'avenir. Aussi les ouvrages des anciens sont-ils bien plus riches en observations pronostiques que sous tout autre rapport; nous pouvons même dire que la plupart des signes généraux propres à faire découvrir la manière dont une maladie doit se terminer ont été découverts par eux. Cependant, au milieu d'un certain nombre de ces signes dont l'expérience a confirmé la certitude, il s'en est glissé beaucoup de douteux et plusieurs d'entièrement faux, ce qui doit diminuer beaucoup la confiance religieuse que l'on a vouée à ces monuments sacrés de l'antique médecine. En effet, malgré la quantité, le nombre de leurs observations, leurs écrits laissent encore beaucoup à désirer. Nous aurons occasion de voir à chaque instant qu'un signe n'a de valeur pronostique qu'autant qu'il est tiré d'un diagnostic précis et positif. Il en est peu qui puissent être isolés de la connaissance de la maladie, et qui aient la même valeur dans quelque affection qu'ils se rencontrent. Nous serons à chaque pas forcé de dire : tel signe, tel phénomène morbide est dangereux, suivant qu'il dépend de telle ou telle altération. Il nous arrivera très-rarement de dire : tel signe est funeste ou favorable d'une manière absolue. Ainsi nous rencontrerons à tous moments, et comme malgré nous, la preuve de cette éminente vérité, si vainement contestée de nos jours, *que toute la médecine est dans le diagnostic;* et cette preuve, nous la trouverons encore lorsque nous devrons nous occuper des indications thérapeutiques, qui toutes découlent de la connaissance des maladies.

Si donc le pronostic le plus certain est celui qui est basé sur le diagnostic, comment prétendre que sans cette base les anciens aient pu parvenir à la perfection en ce genre? Sachons-leur gré de leurs travaux, de leurs découvertes; reconnaissons leur vaste génie; mais ne nous contentons pas de ce qu'ils nous ont laissé; ils n'ont fait qu'entrer dans la carrière; c'est à nous de la parcourir tout entière.

Il est très-certain que les anciens n'avaient aucune notion des altérations *pathologiques*. Ils ignoraient complètement la médecine organique; leurs préjugés leur interdisaient les ouvertures de corps. Ces connaissances sont dues aux modernes; elles ne datent guère que de la reconnaissance des lettres, et depuis un demi-siècle, surtout en France, nous sommes parvenus à une grande précision, qui n'est cependant pas encore le dernier terme de l'art. Chez les Anglais, qui ont hérité sous ce rapport des préjugés antiques, cette branche de la médecine est fort en arrière; mais comme ce peuple est doué d'un grand sens, d'un grand jugement, on voit ceux qui cultivent la médecine déplorer ces entraves apportées à l'étude de l'homme, et venir chercher parmi nous les moyens d'instruction qui leur manquent chez eux. Ils n'en sont que plus avides pour les investigations cadavériques; à leur extrême attention on voit qu'ils en sentent le besoin. La privation leur a prouvé que c'était là la seule base de l'édifice médical.

Puis donc que la certitude pronostique ne peut se tirer que de la connaissance de la maladie, point sur lequel nous sommes si supérieurs aux médecins de l'antiquité, on doit bien penser que ce n'est pas dans leurs ouvrages qu'il faut puiser ce genre de connaissance. Que penser alors de ces gens qui font métier de copier et de citer? Ajoutez une seule observation nouvelle au domaine de l'art, et vous aurez plus fait pour lui, plus fait pour l'humanité, qu'en surchargeant les ais des libraires de vos lourdes compilations.

Quoique dans le plus grand nombre des cas le pronostic se fonde sur le diagnostic, il est cependant quelques phénomènes morbides qui se montrent dans toutes les maladies, et qui ont une valeur par eux-mêmes : c'est pour ceux-là que les anciens étaient parvenus à beaucoup d'exactitude, et nous devons profiter de leurs observations en leur rendant la justice qui leur est due.

Le talent du pronostic est sans contredit beaucoup plus utile pour le médecin que pour le malade. Rien ne donne une plus haute idée de son mérite que la certitude de ses prédictions. Après l'avantage inappréciable de guérir le malade, rien ne lui fait plus d'honneur que la connaissance anticipée des phénomènes qui doivent se présenter, et de l'issue de la maladie. Lorsque le malade succombe même, et que le médecin a su prévoir ce malheureux évènement, sa responsabilité se trouve tout-à-fait à couvert, et les personnes qui portent intérêt au malade ne manquent pas de reconnaître que sa mort était l'effet inévitable de la nature de sa maladie, puisque l'évènement était annoncé d'avance, et que le médecin avait déclaré que la maladie était au-dessus des ressources de l'art.

Mais ce talent n'est point un sortilége, il ne réside point dans une faculté divinatoire; car, Dieu merci, nous ne sommes plus dans un temps de crédulité et de préjugés; l'astrologie et tout ce qui lui ressemble est perdue sans retour, malgré les

efforts de ceux qui veulent nous y ramener. Cette qualité serait un mérite bien vain si elle était due à une faculté surnaturelle; elle a une base plus solide et plus honorable pour celui qui la possède, elle est fondée sur la connaissance exacte et précise de la maladie, de sa marche, de sa terminaison, etc. C'est donc en grande partie aux études, aux travaux du médecin que ce talent est dû. Mais ici, comme pour le diagnostic, il y a une finesse de tact, une sûreté de jugement, une sagacité qui ne sont pas données au même dégré à tous les hommes, et qui mettent une grande différence entre tel ou tel médecin, bien qu'également instruits.

Le médecin se fera toujours beaucoup d'honneur en donnant son jugement d'avance sur une maladie; mais il ne saurait le faire avec trop de réserve et de circonspection; car il existe une multitude d'affections dont l'issue est douteuse; et si dans ces cas il portait un pronostic trop positif, il s'exposerait à se voir démentir par l'évènement, ce qui ne manquerait pas de lui nuire peut-être plus que la confirmation de ce pronostic ne pourrait lui faire d'honneur. Il est en effet censé ne pouvoir pas se tromper; ainsi prédire juste n'est que son devoir.

On a donné le conseil d'incliner toujours un peu vers un pronostic fâcheux, lorsqu'on était interrogé par les parents du malade sur ce qu'on devait attendre de la maladie. On a donné pour raison que si le malade venait à succomber, on se trouvait en quelque sorte à l'abri, et que s'il guérissait, on vous savait plus de gré du succès du traitement. Tout médecin probe doit être révolté d'une semblable pensée; loin de nous de souiller nos pages par des conseils qui pourraient avoir le moindre rapport avec ceux d'un méprisable charlatanisme! Notre art, exercé avec noblesse et philosophie, est trop beau, trop sublime pour recourir à de misérables détours. Il faut abandonner ces honteux artifices à ceux qui ne sont pas capables d'en comprendre toute la dignité, toute l'élévation. Ennemi plus implacable encore des bassesses de caractère que des travers de l'esprit, vous ne trouverez jamais dans nos écrits des préceptes dont vous ayez à rougir. Les erreurs et les vices encourront également notre censure. Et qu'on ne dise pas que ceux-ci ne sont pas de notre compétence; pour être vraiment médecin, ce n'est pas tout que le talent et l'instruction; ne faut-il pas encore le concours des sentiments les plus honorables?

Loin donc d'user du moindre déguisement, le médecin devra parler avec franchise et candeur. Il ne devra dissimuler ou feindre qu'avec son malade pour lui dérober l'horreur de son avenir. Il pourra aussi user des mêmes ménagements avec les personnes que les liens du sang ou de l'amitié font s'intéresser vivement au sort du malade; mais avec les autres il devra dire sa pensée tout entière. Lorsqu'il sera dans l'incertitude, il devra l'avouer sans détour; il devra même tâcher de faire entendre les raisons qui le font pencher vers telle ou telle opinion. Rien n'est beau comme la bonne foi et l'amour de la vérité; rien n'est plus odieux que le mensonge!

La confiance qu'il gagnera par cette conduite lui sera légitimement acquise, il pourra en jouir sans remords; mais pour en tirer le plus bel avantage possible, il devra la faire tourner au profit du malade. Le médecin doit faire abnégation de lui toutes les fois qu'il s'agit du malade; pour le médecin, le malade est tout, lui-même n'est-il rien; il doit lui sacrifier sa fortune, sa réputation et même sa vie; tout médecin qui recule devant le danger n'est pas digne de ce titre.

Mais le talent du pronostic n'est pas seulement utile au malade par la confiance qu'il lui inspire pour son médecin, et qui dispose si favorablement ses organes à la résolution des maladies. Ce talent, apprenant ce qui doit arriver, fait prévoir les secours qui deviendront nécessaires; il fait ordonner d'avance tous les moyens convenables pour parer aux accidents qui doivent se présenter; il fait indiquer les moments opportuns où tel ou tel remède devra être administré. De cette manière, on pourra courir pour ainsi dire au-devant du danger, qu'on ne peut pas toujours combattre avantageusement lorsqu'il existe déjà.

Les signes pronostiques sont certains ou simplement probables, et quelquefois seulement douteux. Les premiers sont les plus rares, au moins lorsqu'on les prend isolément; mais la réunion de plusieurs signes probables équivaut pour ainsi dire à une certitude. Ainsi, par exemple, la difficulté de respirer est un signe fâcheux, mais non décidément mortel; mais s'il s'y joint la petitesse et l'irrégularité du pouls, la froideur de la peau, la décoloration ou la couleur livide de la face, la perte de connaissance, etc., et que tous ces signes surviennent vers le déclin d'une maladie aiguë, on pourra prédire une mort certaine, encore s'ils ne dépendent pas d'une syncope. Ceci doit nous mener à cette conclusion, que, pour le pronostic comme pour le diagnostic, un seul signe suffit rarement pour porter un jugement.

Les signes sont encore favorables, c'est-à-dire qu'ils annoncent une guérison sûre, prochaine; funestes, c'est-à-dire précédant une mort inévitable, ou simplement le passage de la maladie à l'état chronique; ou indifférents, c'est-à-dire ne pouvant faire prévoir rien de positif. Le médecin doit se hâter de faire connaître les premiers au malade, parce que l'espoir qu'il fera naître imprimera au cerveau, et par suite à tout l'organisme, une modification favorable à la résolution des maladies.

On a prétendu que, dans le nombre presque infini de signes que présentent les maladies, il y en avait seulement quelques-uns qui étaient particuliers à telle ou telle de ces maladies; que tous les autres leur étaient communs et avaient à peu près la même signification pronostique; et l'on a conclu de là qu'il était utile de traiter du pronostic des maladies en général, avec les détails et l'étendue qu'il mérite, détails qu'on ne peut donner au pronostic particulier de chacune de ces maladies sans tomber dans des répétitions continuelles. C'est le motif qui a donné naissance au livre des *prénotions*, qui passe pour un des plus exacts et des plus soignés d'Hippocrate. Mais cette assertion n'est plus aujourd'hui parfaitement juste. Elle pouvait le paraître dans un temps où l'on attachait une grande importance aux phénomènes généraux, où le diagnostic local étant prodigieusement obscur, erroné et même inconnu dans la majorité des cas, on fixait peu son attention sur lui, on en tirait peu de lumières. Alors, les maladies passant la plupart pour essentielles, générales, sans siége, on conçoit que les phénomènes généraux devaient offrir le plus grand intérêt, et qu'on devait leur accorder la plus grande valeur; mais il n'en saurait plus être de même aujourd'hui. Le diagnostic local passant à juste titre, ainsi que nous croyons l'avoir démontré, pour le point capital de la médecine, toutes les connaissances précises et positives dérivant de lui, les phénomènes qui ne s'y rattachent point ne peuvent nous présenter une grande certitude; et les signes pronostiques par conséquent, considérés d'une ma-

nière isolée, ne peuvent être de quelque utilité que dans un nombre de cas bien bornés. Je pense même qu'à mesure que la médecine organique se perfectionnera, il deviendra pour ainsi dire superflu de traiter ainsi du pronostic : il suffira de la connaissance de la maladie, de son siége, de son espèce, de sa marche, de ses causes, de son intensité, de sa durée, etc. : toutes circonstances qui, comme nous le verrons bientôt, font varier le pronostic.

Avant de pouvoir porter un pronostic quelconque, il est donc indispensable de connaître quelle est la marche, la durée et la terminaison des maladies; sans ces notions préliminaires, on sait qu'il est impossible de porter aucun jugement, à moins qu'on ne le fonde sur la plus ruineuse et la plus misérable de toutes les bases, c'est-à-dire sur les chances vaines du hasard.

Nous allons exposer très-sommairement ce qu'il importe le plus de connaître sur ces divers sujets, qui nous fourniront aussi des données thérapeutiques très-importantes.

Marche des maladies.

Les différences que les maladies présentent dans leur marche sont surtout relatives à leur état aigu ou chronique, et à leur type continu, rémittent ou intermittent. De ces différentes formes naissent de nombreuses indications pronostiques et thérapeutiques. Il est même des maladies dont le diagnostic ne se tire guère que de leur type : telles sont les fièvres intermittentes; à la vérité ce ne sont pas là les plus claires de la pathologie.

Indépendamment de ces circonstances, on distingue encore des phases, des périodes, des degrés dans les maladies, toutes choses fort importantes à considérer.

Une maladie est continue lorsque ses symptômes n'éprouvent aucune interruption pendant tout son cours, depuis son invasion jusqu'à sa fin. Mais les symptômes n'ont pas ordinairement la même intensité à tous les moments du jour et à toutes les époques. Ils s'exaspèrent habituellement à certains instants de la journée, et cette exaspération quotidienne s'appelle redoublement ou paroxysme. Les intervalles qui séparent ces redoublements portent le nom de rémission. Pour porter sur l'issue de la maladie un jugement sûr, il faut bien se garder de conclure d'après l'examen d'un seul de ces deux états; car si l'on observe le malade pendant le paroxysme, on sera enclin à tirer un pronostic fâcheux, on jugera la maladie bien plus violente qu'elle n'est réellement; si on ne le voit au contraire que dans la rémission le pronostic pourra être trop favorable, on pourra croire la maladie bien plus légère qu'elle n'est réellement. Hippocrate avait donc raison de conseiller de visiter les malades à diverses heures de la journée. Il n'y a guère que les médecins très-exercés qui puissent porter un jugement quoiqu'ils n'aient vu le malade que dans l'un de ces deux états. La grande habitude de voir leur fera connaître quel sera le paroxysme en examinant quelle est la rémission, et quelle sera la rémission d'après le paroxysme; mais, même pour ces médecins, il est plus sûr de voir.

On a donné le nom de continente à la maladie lorsque ses phénomènes n'éprouvent ni augmentation ni diminution pendant toute sa durée. En prenant cette définition dans toute sa rigueur, il n'est peut-être pas de maladie qui mérite réellement ce nom.

La marche la plus ordinaire des maladies continues est l'accroissement successif jusqu'à leur plus haut développement, et leur décroissement graduel jusqu'à leur disparition. Nous allons bientôt entrer dans quelques détails à cet égard. Quelques maladies atteignent néanmoins tout-à-coup, dès leur invasion, le *summum* de leur intensité, et vont ensuite en décroissant; d'autres ont une marche inverse et augmentent jusqu'à leur terminaison.

Lorsque les maladies laissent des intervalles de santé à peu près parfaite, elles sont intermittentes ou périodiques.

Ces affections varient singulièrement par la manière dont les accès se manifestent, par les intervalles qui les séparent; mais nous pensons que l'amour du merveilleux a fait admettre une foule de divisions qui n'existent pas dans la nature. On ne peut révoquer en doute l'existence des fièvres intermittentes; et quelle que soit la cause organique qui les produit, quoiqu'il soit impossible d'expliquer cette périodicité, malgré les efforts tentés jusqu'à ce jour par une foule de gens très-habiles, on est forcé de les admettre; de plus, il existe d'autres affections qu'on ne peut ranger parmi les fièvres, et qui reviennent après des intervalles plus ou moins longs, plus ou moins réguliers, telles que l'hystérie, l'épilepsie, la mélancolie, la manie, etc. C'est d'après les espaces de temps qui séparent les accès, qu'on a nommé les maladies intermittentes. Ainsi on a donné le nom de quodidienne à celle dont l'accès se manifeste tous les jours, de double quotidienne à celle qui offre deux accès par jour, de tierce et quarte, etc., à celle dont les accès se reproduisent tous les troisième et quatrième jours, en comptant le premier; de double-tierce, à celle dont les accès, différents pour l'heure, se correspondent de trois en trois jours; de double-quarte, dans laquelle il y a deux accès de suite et apyrexie le troisième jour, etc. On a admis des fièvres quintanes, sextanes, des triples-tierces, des quartes doublées, des triples-quartes, des demi-tierces, hémitritées, etc. Je ne sais jusqu'à quel point ces divisions scolastiques sont utiles pour la science, à supposer que la nature en fournisse des exemples; mais il me semble qu'il suffirait d'en reconnaître quelques-unes, et de ranger les autres sous la simple dénomination d'intermittentes anormales, pour ne pas surcharger la mémoire d'une nomenclature fatigante et superflue.

Il existe aussi des maladies dont la marche n'est ni intermittente ni continue; elle est rémittente, c'est-à-dire qu'il n'y a jamais apyrexie complète, et qu'il existe des accès comme dans les fièvres intermittentes; elles offrent d'ailleurs les mêmes types que les précédentes.

Un accès régulier est caractérisé par le froid, la chaleur et la sueur. Dans le froid, il y a l'horripilation et le tremblement. Ces trois phases, dont on pourrait considérer l'ensemble comme une courte maladie, varient par rapport à leur durée et leur intensité. Souvent l'accès n'est caractérisé que par le froid, et, dans d'autres cas, seulement par la chaleur.

Quelques médecins ont distingué les attaques des accès; ils ont dit que les attaques différaient des accès en ce qu'elles ne présentaient pas les trois périodes que nous venons d'exposer : le fait est qu'on ne dit pas une attaque de fièvre intermittente, mais on dit également un accès d'épilepsie, d'hystérie, et une attaque d'hystérie et d'épilepsie. Ce mot d'attaque porte avec lui l'idée de promptitude et de violence; on dit un accès d'asthme, et non une attaque d'asthme; tout cela dépend donc de l'usage.

La physionomie différente que présentent les ma-

ladies à diverses époques de leur cours leur a fait distinguer plusieurs périodes. Hippocrate ne paraît pas en avoir admis plus de trois : l'augment, l'accroissement, la crudité, c'était la première ; l'état, la force, *akmé*, c'était la seconde ; enfin le décroissement, la coction, c'était la troisième. Bien que ces périodes ne soient pas rigoureusement tranchées, qu'elles ne soient pas séparées d'une manière précise, on ne peut cependant s'empêcher d'admettre que cette division ne soit la plus naturelle. Le passage de l'une à l'autre s'opère d'une manière insensible ; aussi plusieurs médecins, entraînés par l'amour des subtilités, ont-ils distingué cinq et même sept à huit périodes dans les maladies. Nous ne nous arrêterons pas à refuter sérieusement toutes ces puérilités.

L'étude des périodes des maladies est très-utile pour le sujet qui nous occupe. Le jugement qu'on devra porter sur une maladie ne sera pas le même si cette maladie est dans son principe, dans toute sa force ou dans son déclin. Si elle n'est que dans son principe, il sera difficile de juger si elle ne prendra pas un accroissement tel qu'elle devienne au-dessus des ressources de l'art. Cependant, d'après la violence des premiers symptômes, on pourra tirer quelques conjectures probables. Si la maladie est dans toute sa vigueur, il sera plus aisé d'en prévoir le dénouement. Enfin, d'après le caractère qu'elle revêt vers son déclin, il sera plus facile encore de présager quelle en sera l'issue.

Nous admettrons une période d'accroissement, d'état et de décroissement. Les expressions de crudité, de coction, tenant à des idées théoriques dont une observation plus sévère a fait justice, nous ne croyons pas devoir les conserver dans le langage que nous adoptons.

L'invasion d'une maladie n'est point une période; mais elle est le principe, le commencement de la période d'accroissement. Cette invasion a lieu de plusieurs manières. Dans les maladies chroniques, elle arrive d'une manière insensible ; c'est à peine dans les premiers temps si les malades s'aperçoivent de quelque douleur, de quelque changement dans leur santé. L'appétit s'affaiblit légèrement, la digestion est un peu plus pénible, les forces baissent, l'exercice devient fatigant, enfin toutes les fonctions diminuent d'énergie, sans que ce changement soit bien appréciable, et que le malade s'en plaigne le moins du monde. Il est alors impossible de fixer le moment de l'invasion. Quelque chose d'approchant arrive dans certaines maladies aiguës. Des signes précurseurs les annoncent plus ou moins long-temps à l'avance. Ces signes précurseurs sont à peu près les mêmes pour toutes les affections, ils ne peuvent en caractériser aucune en particulier. Ils consistent dans des lassitudes, des douleurs spontanées dans les membres, un malaise général, de l'insomnie, des céphalalgies, des éblouissements, des tintements d'oreilles, de la somnolence, de l'inappétence ou de l'augmentation d'appétit ; de l'empâtement, de l'amertume de la bouche, de la soif, des nausées, des douleurs vagues dans l'abdomen, des urines rouges ou pâles ; de la gêne dans la respiration, de la chaleur dans la poitrine, de la sécheresse de la peau, de la sueur au moindre exercice ou des frissonnements ; la coloration de la face, ou la pâleur et l'altération des traits, la couleur jaune des ailes de nez et du pourtour des lèvres, etc., etc. A la suite de ce trouble général, qui décèle le travail qui commence à s'opérer dans l'organisme, l'un des viscères se prend et manifeste alors, par l'altération qui survient dans la fonction qu'il est chargé d'exécuter, l'existence de la maladie. Dans ce cas, il est au moins fort difficile de fixer le moment de l'invasion.

Mais toutes les maladies aiguës ne débutent pas de cette manière : il en est un assez grand nombre qui commencent par des symptômes très-violents, et le passage de la santé à la maladie est tellement brusque, qu'il est très-facile de le constater. Ce passage a le plus ordinairement lieu par un frisson, dont la durée et l'intensité varient. Ce frisson est ordinairement suivi de chaleur et de sueur ; il peut être unique ou revenir plusieurs fois à de courts intervalles. L'intensité et la durée du frisson doivent influer sur le pronostic. Il est à remarquer que la maladie sera d'autant plus violente que le frisson aura été lui-même et plus fort et plus long.

Un autre phénomène d'invasion, assez commun, c'est la perte de connaissance. Je ne connais guère de signe d'un plus fâcheux présage. Ce signe se rencontre très-souvent chez les vieillards. Lorsqu'il précède une phlegmasie thoracique, une pneumonie, il est rare qu'elle ne soit pas d'une violence extrême, qu'elle ne marche pas d'une manière irrégulière, et ne se termine pas d'une manière funeste.

Le délire et les convulsions peuvent signaler le début d'une maladie aiguë ; ce sont des cas rares et graves. Les vomituritions et les vomissements se manifestent souvent, ainsi que nous l'avons vu, dès le principe des maladies, et annoncent qu'elles seront graves. Il est rare qu'une hémorrhagie soit le début d'une affection aiguë ; ce phénomène peut cependant se rencontrer.

L'heure à laquelle les maladies commencent est assez variable. Il en est qui débutent préférablement le matin, d'autres le soir, un plus grand nombre la nuit, et un plus grand nombre encore indifféremment à toutes les heures du jour.

Après les phénomènes généraux d'invasion que nous venons d'exposer, la maladie se déclare par l'expression fonctionnelle morbide de l'organe affecté. Si c'est l'estomac ou les intestins qui doivent être malades, les symptômes qu'on observe les premiers, au moins dans la marche régulière de la maladie, sont des altérations des fonctions digestives. Si ce sont les organes respiratoires, des altérations de la respiration se font remarquer, etc. Il doit nécessairement arriver souvent que les symptômes de la première période ne sont que l'exagération, que l'accroissement plus ou moins rapide des symptômes de l'invasion, et que d'autres fois ils en diffèrent.

La première période est caractérisée par l'augmentation plus ou moins vive, plus ou moins rapide de tous les phénomènes morbides. Les symptômes locaux organiques augmentent de jour en jour d'intensité, ainsi que les symptômes généraux sympathiques. Il est fort à regretter pour l'exactitude graphique des maladies, qu'on ne puisse pas déterminer d'une manière rigoureuse, précise, mathématique, les degrés d'accroissement des symptômes ; nous sommes malheureusement réduits à des aperçus approximatifs pour l'appréciation des changements qui surviennent. Il n'y a guère que les pulsations artérielles et les actes respiratoires dont on puisse déterminer la fréquence d'une manière rigoureuse. Il serait à souhaiter qu'on pût dire, par exemple : la chaleur à la peau, ou bien la douleur, ou tout autre phénomène morbide, a paru comme 1, le premier jour ; 2, le second ; 3, le troisième, etc., avec des fractions intermédiaires. On aurait de cette manière un tableau pro-

gressif, exact, de l'accroissement des phénomènes morbides. Au lieu de cela, nous sommes obligés de dire : douleur de côté le premier jour; le deuxième, douleur plus forte ; le troisième, la douleur augmente encore, etc. Rien n'est plus vague, plus incertain que cette manière de s'exprimer, et nous sommes forcés de nous en contenter. Malgré cet inconvénient, nous ne manquons pas d'excellentes descriptions ; le talent des observateurs supplée à la disette d'expressions.

Il faudrait passer en revue toutes les maladies, si l'on voulait donner ici une idée de la marche des phénomènes morbides qui caractérisent la première période de chacune d'elles.

La durée de la première période varie depuis quelques moments, quelquefois même inappréciables, jusqu'à plusieurs jours, plusieurs semaines ; et dans les maladies chroniques, plusieurs mois, plusieurs années. Dans les hémorrhagies, elle est souvent si rapide qu'on la distingue à peine ; elle forme au contraire la plus grande partie de la durée des maladies qui doivent se terminer par la mort. Dans quelques-unes, la première période ne laisse pas que d'offrir une certaine durée. C'est la période d'accroissement que les anciens désignaient, comme nous venons de le dire, sous le nom de période d'irritation, de crudité.

Lorsque les symptômes ne croissent plus, ce qu'on ne peut apprécier aussi que d'une manière approximative, et qu'ils ne décroissent pas encore, c'est l'état de la maladie. Cette période est ordinairement fort courte dans les maladies aiguës. Il en est de même quelques-unes chez lesquelles les symptômes paraissent diminuer au moment où ils viennent d'atteindre leur dernier degré de développement. Dans les maladies chroniques néanmoins, on peut reconnaître un état stationnaire assez durable.

Accoutumés que nous sommes aujourd'hui à un langage sévère et rigoureux, il serait fastidieux et rebutant de transcrire ici les rêveries des anciens sur les opérations de la nature, auxquelles ils avaient donné le nom de coction. Admirons leur génie observateur, et tirons le voile sur les écarts de leur imagination. Ce n'est pas sans dégoût, en effet, qu'on lirait les explications qu'ils donnaient d'un phénomène dont ils supposaient l'existence. Les uns croyaient que « c'était uniquement l'éréthisme des organes, l'augmentation de la sensibilité et de la contractilité, qui faisait affluer et retenait dans le lieu de l'embarras la portion de forces et de sucs nourriciers nécessaires à la coction. Les propriétés vitales de certains organes s'exaltent; ils deviennent le centre de l'afflux des liquides, et lorsque dans la troisième période ils reviennent à l'état naturel, ce relâchement et ce ramollissement des solides sont accompagnés d'une excrétion de matières modifiées par le travail qui a précédé. La coction n'est donc que la cessation de l'éréthisme des organes, et la sortie des matières excrémentitielles, dites critiques, un effet du retour des organes à leur état naturel. » D'autres regardaient la coction « comme une assimulation, un changement des matières crues, et dont les qualités ne conviennent pas à la santé, en matières susceptibles d'être converties en la propre substance du corps, ou d'être rendues même nuisibles et disposées à être évacuées par quelques couloirs. L'humeur viciée, dont la coction devait se faire, demandait plus ou moins d'action fébrile, selon qu'elle était d'une nature plus ou moins tenace ou rebelle ; ainsi, dans les fièvres éphémères et autres maladies légères, la nature n'a pas besoin de procurer le *pépasme*. L'évacuation de la nature morbifique, la coction qui s'en fait, est semblable à la digestion ordinaire des secondes voies; elle n'est qu'un peu plus laborieuse ; c'est le vrai *pepsis ;* ou s'il faut quelque chose de plus, et que la nature doive procurer quelque élaboration, elle est très-peu considérable : ce n'est qu'une transpiration plus forte, une petite sueur, ou tout au plus un léger cours de ventre. Dans les fièvres putrides, la nature a un travail plus difficile ; elle a même souvent besoin d'être aidée pour qu'elle puisse venir à bout de préparer la matière morbifique, et la disposer à l'évacuation, qui souvent doit être copieuse et se faire à plusieurs reprises. La matière critique est un mélange de matière morbifique et de sucs nourriciers intimement unis. » Arrêtons-nous à ces courtes citations ; c'en est assez pour faire juger la médecine qu'on voudrait mettre au-dessus de la médecine organique. Spectateurs attentifs des changements que la nature opère, suivons-en les progrès jusque dans leurs moindres détails, mais abstenons-nous des systèmes.

La marche des maladies est en général régulière; elle est plus ou moins vive ; les symptômes sont plus ou moins violents.

Lorsque la marche d'une maladie est régulière, il est ordinairement plus facile d'en déterminer l'issue. Cette prénotion est bien plus difficile à acquérir lorsque la marche de la maladie est entravée par une des nombreuses causes capables d'exercer quelque influence sur elle.

La plupart des causes qui influent sur la marche de la maladie faisant aussi varier le pronostic qu'on doit en porter, parce qu'elles ne peuvent guère influer sur la marche sans influer aussi sur l'issue, nous allons bientôt en traiter avec quelques détails.

La violence des phénomènes morbides, l'énergie, l'activité avec laquelle ils se montrent, devraient servir de base à la distinction des maladies en aiguës et en chroniques. Quelle que soit en effet la durée d'une maladie, si les symptômes qui la caractérisent sont très-actifs, la maladie sera réputée aiguë; et quoique la maladie ne date que de quelques jours, si elle marche avec lenteur, si les phénomènes qu'elle présente sont obscurs, peu prononcés, se traînent sans vigueur, elle sera réputée chronique.

Les maladies violentes se terminent ordinairement avec promptitude, parce que ce qui est extrême n'est pas durable; les maladies faibles se perpétuent souvent par la raison contraire, voilà pourquoi l'épithète d'aiguë a été prise de leur brièveté, et celle de chronique de leur longueur. Mais comme il existe aussi des maladies violentes qui durent long-temps, et des maladies peu développées, peu énergiques, qui se terminent promptement, nous croyons que la dénomination ancienne n'est pas parfaitement exacte. D'ailleurs, quel sera le terme d'une maladie aiguë ? à quelle époque deviendra-t-elle chronique ? quarante, cinquante, soixante jours de durée suffiront-ils pour faire regarder la maladie comme chronique ? Nous pensons que cette distinction a tous les inconvénients du vague de l'arbitraire.

Durée des maladies.

Ce que nous venons de dire de la distinction des maladies en aiguës et en chroniques nous conduit naturellement à la détermination de leur durée. La durée d'une maladie comprend l'espace de temps qui s'écoule depuis son apparition jusqu'à sa termi-

naison. Ce laps de temps n'est pas toujours facile à préciser. D'abord l'invasion est obscure, graduelle; on ne sait à quelle époque rapporter le commencement de la maladie. La terminaison de cette affection n'a point lieu d'une manière brusque; elle disparait par degrés, et le retour à la santé ne s'opère qu'insensiblement.

Il est cependant un certain nombre de maladies dont l'invasion est bien caractérisée; elles commencent par un frisson, par une syncope, etc.; ou bien la maladie est portée tout-à-coup à un haut degré d'intensité, de sorte qu'il est facile d'en constater le principe.

Nous n'entrerons pas ici dans la discussion de savoir s'il convient de compter les jours des maladies comme les jours ordinaires, en leur donnant vingt-quatre heures de durée, de sorte qu'une maladie commençant à six heures du soir n'aurait un jour qu'à la même heure du lendemain; ou si, comme le voulait Hippocrate, le jour serait complet pour la maladie à la fin de la révolution diurne du soleil. Ces discussions ne nous paraissent plus dignes aujourd'hui d'un examen sérieux. Elles pouvaient paraître de quelque importance dans un temps où l'on accordait aux nombres une influence si puissante dans les maladies; mais aujourd'hui que les jours critiques comptent un si petit nombre de partisans, elles ne présenteraient que peu d'intérêt.

Il nous paraît aussi superflu d'indiquer ici la division scolastique des maladies en éphémères pures, éphémères prolongées, aiguës, très-aiguës, sub-très-aiguës, sub-aiguës, etc. La seule division qu'on admette aujourd'hui est celle des maladies aiguës et des maladies chroniques.

La durée des maladies varie depuis quelques instants jusqu'à plusieurs années et même la vie entière.

Un grand nombre de causes font varier la durée des maladies, et la connaissance de ces circonstances mérite la plus grande attention sous le rapport du pronostic.

Le genre et l'espèce de l'affection sont les premières circonstances qui influent sur la durée. Après ces circonstances principales, l'âge, le sexe, la constitution, les habitudes, les idiosyncrasies, les professions, le genre de vie, les climats, les saisons, etc., sont autant de causes qui modifient plus ou moins la durée de la maladie.

Parmi les maladies, il en est qui ne durent que quelques heures ou même moins : telles sont quelques hémorrhagies cérébrales, le choléra-morbus; d'autres, quatre ou cinq jours, telles que l'érysipèle léger, l'urticaire; d'autres, de quinze à vingt jours, la pleurésie, la pneumonie, etc.

Les maladies se prolongent ordinairement plus long-temps chez les vieillards que chez les jeunes sujets et chez les adultes.

Les personnes chez lesquelles prédominent les appareils digestif ou circulatoire et respiratoire sont exposées à des maladies plus aiguës que les individus où dominent les autres appareils. Nous pouvons en dire autant des sujets forts par rapport aux sujets faibles.

Dans l'hiver, pendant les temps froids et humides, dans les pays qui offrent habituellement cette température, les maladies sont plus longues que dans les saisons chaudes et sèches, et froides et sèches, et dans les lieux où ces qualités atmosphériques règnent presque constamment.

Lorsque les causes persistent, les maladies ont une durée illimitée; ainsi, dans les maladies que développent certaines habitudes, certaines professions ou des affections morales, on ne peut espérer la guérison, et le terme ne peut avoir lieu si l'on ne parvient a détruire la cause sans cesse agissante.

Mais une des circonstances qui influent le plus puissamment sur la durée des maladies, c'est sans contredit le traitement. Il peut être tel qu'il peut prolonger l'affection d'une manière indéfinie ou la terminer promptement, etc.

On voit que, lorsqu'on veut porter un jugement sur le terme d'une maladie, on ne saurait se dispenser de porter un regard attentif sur les circonstances que nous venons de signaler.

Terminaison des maladies, des crises et des jours critiques.

Il est impossible de porter un pronostic certain si l'on ne connaît la manière dont les maladies se terminent, et si l'on ne sait aussi quels sont les phénomènes précurseurs qui les annoncent ordinairement.

Les maladies guérissent, se convertissent en une autre maladie, passent à l'état chronique, ou font périr le malade. Telles sont les diverses terminaisons des affections innombrables auxquelles l'espèce humaine est exposée. Chacune de ces terminaisons arrive avec des circonstances particulières.

La conservation des individus étant le but des efforts constants de la nature, la guérison doit être la terminaison la plus ordinaire des maladies accidentelles; c'est aussi ce que l'on observe lorsque des traitements systématiques, intempestifs, n'entravent pas sa marche régulière. Le retour à la santé est signalé par des phénomènes différents, suivant la maladie dont l'individu a été affecté. Ce retour peut avoir lieu d'une manière subite, d'une manière lente et graduée; il peut arriver après certains changements plus ou moins remarquables, etc.

Il est quelques maladies purement locales dont la guérison est subite, telles que les hémorrhagies, quelques névroses, etc. Lorsqu'un organe est enflammé, on le voit revenir au type normal par des phénomènes différents, suivant l'organe qui est affecté et suivant la nature de la phlegmasie.

Nous avons reconnu plusieurs modes de terminaison dans l'inflammation : la résolution, la délitescence, la métastase, la suppuration, la gangrène, l'induration, etc.; chacun de ces modes offre des caractères particuliers, lesquels varient encore suivant le siége qu'occupe la maladie.

Lorsque la résolution s'opère, tous les phénomènes morbides disparaissent graduellement, en général d'une manière insensible, quelquefois avec plus ou moins de promptitude. La douleur cesse de se faire sentir, la chaleur diminue, la tumeur s'affaisse, et la rougeur s'efface et disparaît.

Dans la délitescence, les phénomènes locaux, après avoir acquis un certain développement, disparaissent tout-à-coup sans cause connue. Ce serait une des meilleures terminaisons si elle pouvait laisser sans crainte sur l'avenir; mais on redoute toujours qu'une disparition aussi subite n'ait été produite par quelque révulsion intérieure.

La suppuration est caractérisée par l'accumulation du fluide purulent, soit dans les tissus divers de l'économie, soit à la surface libre de quelque membrane; cette terminaison, toujours plus ou moins fâcheuse, s'annonce par des frissonnements, des horripilations vagues et irrégulières, des chaleurs et des sueurs locales, une douleur gravative, puis pulsative, etc. Lorsque la suppuration a lieu

dans le tissu cellulaire, le pus rassemblé en foyer amincit la peau et se fait jour au dehors.

La gangrène est la mort de la partie enflammée ; cette partie se détache en lambeaux et laisse une plaie plus ou moins irrégulière. La gangrène est une des terminaisons les plus funestes pour les organes situés profondément; les parties gangrénées prennent ordinairement une couleur livide, contractent une odeur fétide, se déchirent avec la plus grande facilité ; cette terminaison est annoncée par un calme perfide : la douleur, qui était très-violente, se calme tout-à-coup ; le malade semble éprouver un moment de relâche, et le médecin peu expérimenté se félicite de ce mieux trompeur. Mais il est bientôt tiré de son illusion d'une manière cruelle. La face s'altère, les yeux deviennent ternes, la couleur des joues est terreuse ; le pouls devient petit, misérable, insensible, la respiration gênée, l'haleine froide et fétide, l'expectoration impossible ; la peau se couvre d'une sueur glacée, le décubitus a lieu sur le dos, et le malade expire. Cette terminaison est bien plus rare que ne le croyaient les anciens auteurs.

L'induration est le résultat du passage de la phlegmasie à l'état chronique ; les symptômes diminuent d'intensité, mais persistent toujours à un certain degré.

La métastase n'est autre chose que la disparition de la maladie à laquelle en succède une nouvelle ; nous allons bientôt entrer dans quelques détails à cet égard.

Maintenant, si l'on veut avoir une idée précise des phénomènes particuliers que chacune de ces terminaisons produit dans les divers organes, on n'a qu'à se rappeler l'état anatomique et physiologique de cet organe lorsqu'il est sain, se rappeler les phénomènes morbides de son inflammation, et l'on aura un tableau fidèle de ces divers modes de terminaison en appliquant à chaque organe ce que nous venons de dire de chacune d'elles. Ainsi, supposons le poumon et la respiration : nous connaissons l'état sain de cet organe et de sa fonction, nous connaissons aussi les divers symptômes qui caractérisent son inflammation : nous savons qu'il existe douleur de côté, son mat, toux, expectoration de crachats sanglants, respiration difficile. Eh bien! si la résolution doit s'opérer, que se passera-t-il ? La douleur de côté deviendra moindre, le son sera de jour en jour plus clair, la toux moins fréquente, il y aura moins de sang dans les crachats, la respiration sera plus facile. Il en sera de même pour tous les organes.

Les symptômes généraux diminuent aussi d'une manière graduelle, ou par plusieurs améliorations successives, ou cessent complètement d'une manière subite.

La face reprend son expression et sa couleur naturelle, la peau présente la température ordinaire, la soif diminue, l'appétit reparaît, la circulation, la respiration rentrent dans l'ordre physiologique, etc. ; enfin, toutes les fonctions reviennent à leur type naturel.

Lorsqu'une maladie doit passer à l'état chronique, on voit tous les phénomènes locaux et généraux, organiques et fonctionnels, diminuer d'intensité, et rester enfin stationnaires avec quelques alternatives de mieux et de pis, ou bien complètement immobiles. Au bout d'un temps indéterminé, quelques-unes de ces maladies se terminent par la guérison. La plupart du temps cette terminaison s'effectue avec une lenteur extrême ; d'autres fois elle a lieu subitement, ce qui est bien plus rare.

Une maladie peut-elle réellement se convertir en une maladie nouvelle ? Peut-il y avoir un déplacement d'une affection morbide d'un organe sur un autre organe ?

Voici ce que l'expérience apprend à cet égard. On a vu souvent une maladie cesser en même temps qu'une maladie nouvelle se manifestait. Ainsi, par exemple, il existait une gastrite chronique, il survient une dartre, et la gastrite a disparu ; il existe une pneumonie aiguë, un abcès se forme dans un point éloigné, et la pneumonie se résout. On a dit alors qu'il y avait mutation de maladie. Mais est-il bien vrai que la maladie existante se soit vraiment convertie en une maladie nouvelle ? N'est-ce pas plutôt un simple effet de révulsion ? N'est-ce point une irritation récente qui a déplacé une irritation ancienne ? Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'une maladie d'une autre espèce peut survenir au moment où une ancienne affection disparaît.

Quant au déplacement d'une affection qui d'un lieu se porte dans un autre, il est impossible de le contester. Il n'est pas de médecin qui n'ait observé un érysipèle occuper successivement les bras, les jambes, la face, le front ; il n'en est pas un qui n'ait vu une hémorrhagie nasale succéder à une ménorrhagie ou à toute autre, *et vice versâ*. Ainsi ce déplacement est prouvé par des observations journalières. J'ai même eu occasion de voir fréquemment quelque chose de plus remarquable, et dont je citerai l'exemple suivant, parce qu'il peut fournir des indications thérapeutiques importantes. Une femme de cinquante ans portait à la jambe droite une dartre ulcérée qui laissait suinter une certaine quantité de matière ichoreuse ; cette femme, d'ailleurs bien portante, me demande à sortir pour vaquer à des affaires d'intérêt : elle sort ; mais, soit qu'elle eût fait une course trop fatigante, soit qu'elle eût reçu l'impression du froid, commis quelques écarts de régime, ou qu'elle eût éprouvé quelque contrariété vive, le lendemain elle présentait tous les signes d'une pleurésie des plus intenses. Douleur vive de côté, augmentant par l'inspiration ; toux sèche, expectoration nulle, respiration douloureuse, coloration de la face, peau chaude, pouls fort et fréquent, soif intense ; je prescrivis une forte saignée, la diète, les délayants. Je demandai à voir la plaie, je la trouvai complètement sèche. Je me proposais, après qu'on aurait combattu les phénomènes imminents par les moyens indiqués, de favoriser par un révulsif le retour de l'éruption, lorsqu'à ma visite du lendemain je trouvai que tous les symptômes de la phlegmasie aiguë avaient entièrement cessé ; je visitai de nouveau la plaie, que je trouvai ce jour-là dans son état habituel. Voilà, certes, un fait bien digne de remarque ; c'est un exemple d'une double dérivation. Il est vraisemblable que les moyens antiphlogistiques ayant beaucoup diminué l'irritation récente, l'appel des fluides a cessé de s'opérer, et la nature a repris son cours ordinaire.

J'ai eu encore l'occasion de voir une femme affectée d'un *herpes crustaceus exedens*, réduite à l'agonie par une affection cérébrale, et en être rappelée au moyen d'un révulsif qui fit reparaître l'éruption qui avait cessé de suppurer.

Ainsi je crois qu'il est hors de doute que des maladies se déplacent, que des maladies nouvelles succèdent à des maladies anciennes.

Il peut arriver aussi que chez des arthritiques et des rhumatisants il survienne une phlegmasie aiguë, et que les douleurs arthritiques ou rhumatismales cessent en même temps ; mais je ne voudrais pas affirmer que la maladie nouvelle ait quelque

chose du caractère arthritique ou rhumatismal. Je crois que dans l'état de la science il est impossible de soutenir, ou du moins de prouver cette proposition. Il est seulement digne de remarque que ces phlegmasies sont plus opiniâtres que d'autres.

Mais si les phlegmasies spéciales peuvent ainsi disparaître pour faire place à d'autres; si un érysipèle peut se porter d'un point sur un autre, etc., est-il donc si absurde d'admettre qu'un point nouveau d'irritation étant donné chez une nouvelle accouchée ou chez une femme qui allaite, les seins s'affaissent, le travail de la lactation se suspende, et que la nature puisse porter tous ses efforts et tous les matériaux qu'elle destinait à la lactation sur ce nouveau centre de fluxion? Ne peut elle-même pas transmettre le lait tout formé, comme dans l'ictère elle transporte la bile dans toute l'économie? Il nous semble que ces opinions n'ont rien que de très-admissible.

Mais quels sont les moyens, quelles sont les voies dont la nature se sert pour opérer ces phénomènes? Nous sommes réduits ici, comme dans beaucoup d'autres cas, à confesser notre ignorance, à accuser l'imperfection, l'insuffisance de nos moyens d'investigation. Réduit au rôle de simple historien, nous devons nous borner à constater les faits et nous interdire toute explication hypothétique. Il est vrai que la goutte passe d'une articulation à une autre; il est vrai qu'un érysipèle *saute* d'un membre à un autre; il est vrai qu'il existe des hémorrhagies supplémentaires; il est vrai que le rhumatisme se porte tantôt sur un point, tantôt sur un autre; il est vrai qu'une maladie cesse quand une autre reparaît : voilà ce qu'il faut établir, et ce qui est prouvé par des observations journalières. Comment s'opèrent ces phénomènes? Ici s'arrête notre ministère. Avouons franchement que nous l'ignorons. Mais que ce ne soit pas une raison de nier les faits, parce que nier les faits n'est pas résoudre une difficulté ; ce n'est pas délier le nœud, c'est le couper. Gardons-nous surtout d'affirmer que c'est par la circulation que ces changements s'effectuent, ou que l'innervation peut seule les produire, ou qu'ils sont l'effet de l'absorption : tout cela peut être vrai, toutes ces voies peuvent produire les faits que nous signalons, toutes peuvent fournir des explications ingénieuses; mais il y a loin de là à une véritable démonstration.

Maintenant se présente à nous une nouvelle série de questions non moins importantes, et sans la solution desquelles il nous est impossible de hasarder un pronostic quelconque.

Qu'est-ce qu'une crise? existe-t-il des crises? Qu'est-ce que des phénomènes critiques? existe-t-il des phénomènes critiques? Qu'est-ce qu'un jour critique? existe-t-il des jours critiques? Telle est la série de questions que nous allons rapidement examiner.

La solution de la première de ces questions dépend entièrement du sens qu'on attache au mot crise. Hippocrate, le prenant dans son acception la plus étendue, disait qu'il y avait crise lorsqu'il survenait un changement quelconque un peu marqué. La diminution, la cessation, l'exaspération des accidents, l'apparition d'une nouvelle maladie, et même la mort, étaient des crises. D'après cette définition, il est bien certainement impossible de ne pas admettre l'existence des crises. Il n'y a pas de maladie, en effet, qui ne présente quelqu'un de ces phénomènes. Il faut nécessairement que la maladie diminue, cesse, s'exaspère, se change en une autre maladie, ou que le malade meure; il n'y a pas à sortir de là. Il ne reste plus que le passage à l'état chronique qui ne soit pas une crise. Ainsi, d'après cette acception, tout changement est *crise;* il y a par conséquent des crises heureuses et des crises funestes. On a aussi distingué des crises régulières, des crises irrégulières, des crises complètes et des crises incomplètes, etc.

Quelques auteurs, restreignant beaucoup le sens de ce mot, n'ont reconnu que des crises favorables, et l'on doit dire que le plus grand nombre de ceux qui les admettent ne prennent ce mot que dans cette dernière acception; d'autres, bornant davantage encore sa signification, ne l'emploient que pour désigner un changement rapide et favorable, qui suit ordinairement quelque évacuation plus ou moins abondante ou quelque autre phénomène notable, etc. On voit combien ce dernier sens est loin de celui d'Hippocrate, et combien il peut être facilement contesté, surtout si l'on y joint l'opinion que ces changements ne peuvent arriver qu'à certains jours de la maladie.

En entendant par *crises* un changement quelconque plus ou moins remarquable qui survient dans les maladies, il n'est personne qui puisse contester leur existence.

Dès l'origine de la médecine, on a observé que vers une certaine époque, à des jours fixes selon les uns, à des jours indifférents selon les autres, mais toujours vers le déclin des maladies, il se manifestait des phénomènes insolites, différents de ceux qui avaient existé jusque là, ou seulement plus forts et plus violents qu'ils n'avaient été, à la suite desquels il survenait un calme marqué, ou même la cessation complète des accidents, et souvent la mort. Les médecins attribuèrent ces effets consécutifs aux phénomènes qui les avaient précédés, et donnèrent à ceux-ci le nom de phénomènes critiques. Nous agiterons plus tard la question de savoir si ces efforts de la nature arrivent à certains jours fixes et jamais à d'autres. Nous nous bornerons pour l'instant à examiner s'il existe véritablement des phénomènes critiques; dans l'hypothèse de leur existence, s'ils sont réellement la cause de l'état qui leur succède, ou bien s'ils n'arrivent eux-mêmes que parce que la maladie change de caractère.

Sans nous arrêter à exposer ici le sentiment des anciens sur la manière dont la nature, après avoir opéré l'élaboration de la matière morbifique, l'expulsait au dehors après un certain laps de temps, et produisait ainsi le rétablissement de la santé, bornons-nous à examiner si réellement les phénomènes critiques sont la cause des changements qu'on observe, ou l'effet naturel de la terminaison de la maladie.

On observe ces phénomènes critiques précédant toujours les changements favorables ou fâcheux qui se manifestent; et quoique en bonne philosophie on ne doive pas regarder un phénomène qui suit un autre phénomène comme l'effet de celui-ci, cependant, lorsque cette succession se montre constamment, on ne peut s'empêcher de reconnaître que le premier est très-probablement la cause du second. Lorsque ces phénomènes sont arrêtés intempestivement, le soulagement n'a plus lieu; la maladie s'exaspère. Les évacuations critiques diffèrent des évacuations physiologiques. Les matières excrétées offrent des caractères particuliers qu'on ne retrouve dans aucune autre circonstance; mais indépendamment de ce que les urines, les sueurs, les matières fécales, etc., présentent des changements remarquables, il survient vers la fin des maladies des hémorrhagies, des abcès, des éruptions qui coïncident

avec leur terminaison, et qui ne peuvent être considérés comme l'effet simple de la résolution de ces maladies.

On a objecté que ces phénomènes n'arrivaient que rarement et dans quelques maladies aiguës, que par conséquent ils n'étaient pas nécessaires, que quelquefois ils n'étaient que consécutifs à l'amélioration de la maladie; quant à la différence des matières excrétées, qu'elle était le résultat de l'état pathologique des organes; quant aux éruptions, aux hémorrhagies qu'on observe sur le déclin des maladies, qu'elles étaient des phénomènes purement accidentels; enfin que le soulagement qui succède à un effort, à une évacuation critique, était un simple effet de coïncidence, de concomitance, et non le résultat de cette évacuation.

Quoi qu'il en soit de ces discussions, nous dirons qu'il est rare qu'il existe des phénomènes bien évidemment critiques, c'est-à-dire qu'on puisse regarder sûrement comme la cause des changements qui surviennent, mais que cependant on en rencontre quelquefois; que dans la majorité des cas il n'est pas facile d'assurer si le phénomène critique est la cause du changement qui survient, ou simplement le résultat d'une coïncidence; qu'il doit être très-souvent un effet naturel de la marche et de la terminaison de la maladie.

Lorsque dans les maladies il se manifeste des phénomènes critiques, ces phénomènes se présentent avec des circonstances variables, dont la nature n'est pas la même. Ils se montrent dans des lieux différents; ils sont précédés et suivis par des mouvements divers; enfin ils peuvent être favorisés, empêchés, arrêtés, suspendus par des causes très-nombreuses.

Quant à leur nature, les phénomènes critiques peuvent être des exhalations muqueuses, sanguines, purulentes, des exhalations cutanées, séreuses, des sécrétions, des éruptions, des inflammations de divers organes, etc.

Leur siége peut être le nez, les bronches, le poumon, l'estomac, le conduit intestinal, l'utérus, les voies urinaires, la peau, les diverses membranes séreuses, les différents appareils sécrétoires, les glandes conglobées et le tissu cellulaire. Nous traiterons avec quelque détail de ces divers objets lorsque nous nous occuperons des signes pronostiques fournis par les divers appareils.

Lorsqu'un phénomène critique doit avoir lieu, le malade éprouve ordinairement une douleur plus ou moins vive, une chaleur, une pesanteur, un sentiment de démangeaison dans l'organe où le travail critique s'opère; le pouls se développe, et tous les symptômes morbides paraissent s'exaspérer.

Lorsque la crise doit avoir lieu par les selles, le malade ressent des douleurs dans le ventre, du gonflement, des borborygmes; des gaz se développent dans l'abdomen, se dégagent par la bouche ou par le rectum; les cuisses et les genoux sont douloureux. A la suite de ces signes précurseurs, des matières fécales, abondantes, homogènes, pultacées, plus ou moins fétides, sont rendues sans effort et suivies d'un changement notable dans la maladie.

La rougeur de la face et des yeux, une pesanteur de tête, le battement des artères temporales, des éblouissements, des vertiges, des tintements d'oreilles; quelquefois, selon Galien, la coloration d'une seule joue, l'assoupissement ou le délire, etc., annoncent fréquemment qu'il surviendra une hémorrhagie nasale.

Les signes de congestion vers la poitrine, la douleur, la chaleur, la pesanteur, l'étouffement, quelquefois la toux, précèdent l'hémoptysie. Les nausées, le gonflement épigastrique, l'anxiété précordiale, les renvois, etc., annoncent l'hématémèse.

Les douleurs, des pesanteurs au sacrum et aux lombes, des coliques, des tiraillements dans les aines, précèdent le flux hémorrhoïdal.

Si la crise doit avoir lieu par une hémorrhagie utérine, il existe souvent des coliques hypogastriques, des pesanteurs dans les lombes, des gonflements dans les mamelles, quelquefois de la diminution dans le volume de ces organes, etc.

L'urine critique s'annonce par le gonflement des hypocondres, de la pesanteur dans la région des reins, de la tension dans l'hypogastre, une titillation dans les organes urinaires, la sécheresse de la peau, la diminution des autres exhalations, la constipation. Alors le malade rend une urine abondante, foncée et sédimenteuse; la maladie présente des changements plus ou moins notables après cette évacuation.

La perspiration cutanée est précédée d'horripilations irrégulières, de la diminution dans toutes les autres exhalations et sécrétions, de démangeaisons à la peau, etc. Il est à peine utile de dire que tous ces signes précurseurs des différents phénomènes critiques ne sont rien moins que constants, qu'ils peuvent manquer entièrement, et le phénomène critique n'en avoir pas moins lieu; que le contraire peut arriver aussi; qu'on peut voir, par exemple, tous les avant-coureurs d'une crise, et celle-ci manquer cependant. On a observé que plusieurs phénomènes critiques pouvaient avoir lieu à la fois ou successivement dans une même affection, et que, dans certains cas, il ne s'en manifestait aucun seul.

A la suite des phénomènes critiques, lorsque le changement qu'ils déterminent, ou, pour mieux dire, qui survient alors, doit être favorable, les symptômes locaux et généraux s'amendent d'une manière remarquable, et bientôt toutes les fonctions rentrent dans l'ordre physiologique.

La face reprend son expression et sa couleur naturelles, néanmoins elle reste un peu pâle; les yeux ne sont plus ternes ni injectés, le front se déride, la bouche redevient légèrement vermeille, les lèvres s'humectent, les sens reprennent leur subtilité, leur finesse; ils ne sont plus fatigués par leurs excitants naturels; le délire se calme, le sommeil réparateur vient appesantir les paupières; des songes agréables bercent le malade; il rêve ordinairement qu'il est assis à un festin auquel il participe très-activement. Les membres sont encore fatigués, mais la douleur a disparu; le malade se couche de tous côtés; l'appétit se montre avec vivacité; la langue, les dents sont nettoyées; la soif est plus vive, la déglutition est facile; l'épigastre n'est plus ni douloureux ni tendu; il n'existe plus ni nausées ni vomissements; le ventre est souple, indolent; les selles sont naturelles, ainsi que les urines; la respiration est facile; il n'existe plus de toux; l'expectoration reprend le type normal; le pouls est faible et se ralentit; la peau est légèrement chaude, et n'offre ni sécheresse ni humidité; enfin tous les organes et toutes les fonctions reprennent plus ou moins rapidement leur état naturel.

Si la crise doit être funeste, le contraire a lieu. Les symptômes locaux et généraux augmentent d'intensité, l'état du malade s'aggrave sensiblement.

La face s'altère, se colore ou pâlit outre mesure; les yeux deviennent ternes, chassieux, ou s'injectent, expriment des sentiments qui ne sont point excités par les objets présents; les ailes du nez s'amincissent et s'agitent de mouvements rapides; les

lèvres sont fendillées, convulsées; les sens contractent une excessive sensibilité, ou au contraire sont frappés de stupeur; le délire s'empare du malade ou augmente; les membres sont douloureux, immobiles, ou tourmentés par des mouvements convulsifs, de la carphologie, des soubresauts des tendons, etc.; le décubitus a lieu sur le dos; la langue est sèche, gercée, recouverte d'un enduit poisseux, adhérent, brun ou noir; la déglutition est difficile; les nausées, les éructations, le vomissement se manifestent ou augmentent; le ventre se météorise et devient douloureux; un dévoiement abondant affaiblit le malade, les matières fécales et les urines s'échappent involontairement; la toux s'exaspère, l'expectoration se supprime; la respiration devient laborieuse; le hoquet, le râle font entendre leur bruit funeste; les mouvements du cœur sont tumultueux; le pouls est d'une fréquence excessive, petit, mou; la peau sèche, âcre, chaude, brûlante, ou froide et couverte d'une sueur glacée, etc. Tels sont les déplorables avant-coureurs d'une terminaison fatale, qui arrive plus ou moins rapidement.

Il est, avons-nous dit, des circonstances qui favorisent, arrêtent ou empêchent les phénomènes critiques. Parmi les premières, il en est qui sont plus favorables à certaines crises qu'à d'autres. Ainsi, dans l'enfance et l'adolescence, les hémorrhagies critiques sont plus fréquentes qu'aux autres âges, et parmi les hémorrhagies, l'épistaxis. L'hémoptysie aura lieu dans la jeunesse, les hémorrhoïdes dans un âge plus avancé; chez les femmes, la ménorrhagie jugera souvent les maladies; dans l'âge adulte, on remarquera des sueurs critiques. Quant aux constitutions, les hémorrhagies critiques seront le partage des individus où domine l'appareil circulatoire; les sueurs, celui des femmes et des personnes chargées d'embonpoint; les selles et les urines, de celles où domine l'appareil digestif, etc. Au reste, la disposition habituelle aura la plus grande influence sur la nature de l'effort critique. Si le malade est sujet à quelque hémorrhagie, on pourra s'attendre à une crise produite par cette hémorrhagie; s'il jouit d'une perspiration cutanée abondante et habituelle, ce sera vraisemblablement cet émonctoire que choisira la nature.

Indépendamment de ces dispositions individuelles, le genre de maladie sera plus ou moins favorable à telle espèce de travail critique. Les phlegmasies et toutes les maladies avec polyæmie se jugeront avantageusement par les hémorrhagies; mais, parmi ces maladies mêmes, les unes se jugeront de préférence par une épistaxis, et les autres par un flux hémorrhoïdal, etc.

Des circonstances accessoires ne laissent pas que d'exercer aussi une certaine influence sur les crises qui doivent s'opérer. Ainsi l'on croit avoir remarqué que les saisons, les climats, les températures, les localités, favorisent certaines crises. Le printemps, et l'été, lorsqu'il est sec, sont favorables aux hémorrhagies; les sueurs arrivent aussi dans l'été, les évacuations alvines dans l'automne, les urines dans l'hiver, etc.: les climats et les températures produisent des effets semblables.

On peut dire d'une manière générale que la jeunesse, l'âge adulte, la force de la constitution, un régime alimentaire réparateur, la polyæmie, le printemps, un climat tempéré ou un peu chaud, sont les circonstances qui aident ou développent le plus puissamment les efforts critiques.

Que les circonstances contraires les empêchent. Ainsi, on les observe rarement chez les vieillards, chez les gens faibles, pauvres, mal nourris, anémiques, dans l'hiver, pendant les froids et dans les climats rigoureux.

Mais ce qui agit le plus fréquemment et de la manière la plus énergique pour empêcher ou arrêter les efforts critiques, ce sont bien certainement les imprudences hygiéniques et thérapeutiques. Or ces causes sont journalières.

Les écarts de régime de tous genres sont commis à chaque instant par les malades et les personnes qui les entourent; d'une autre part, l'impéritie ou l'incurie des médecins agissent dans le même sens d'une manière non moins puissante, et concourent à entraver la marche salutaire de la nature.

L'impression de l'air froid empêchera une sueur avantageuse; l'ingestion d'aliments abondants pourra détourner une épistaxis ou toute autre hémorrhagie critique; il en sera de même d'une impression morale vive, etc.; un purgatif, un vomitif, une saignée intempestifs, seront suivis des mêmes inconvénients.

Nous croyons totalement inutile de dire que les diverses assertions que nous venons d'exposer sont loin d'être rigoureuses; on ne doit les considérer que comme présentant un certain degré de probabilité.

Mais lorsqu'il existe des phénomènes critiques, se montrent-ils toujours à des jours fixes et déterminés? les crises ne sont-elles favorables que ces jours-là, et ne peuvent-elles jamais se montrer à d'autres jours?

On s'est beaucoup élevé, depuis Asclépiade et Celse jusque dans ces derniers temps, contre la doctrine des jours critiques; on a taxé de rêveries superstitieuses toutes les idées des anciens sur ce sujet. On a dit qu'Hippocrate y avait été amené par la doctrine des nombres, que c'était par une suite de son opinion sur leur puissance qu'il avait été conduit à en faire l'application aux maladies; que les médecins qui l'avaient suivi avaient reconnu dans certains jours un pouvoir extraordinaire que bientôt ils attribuèrent aux astres et surtout aux pléiades, et que de là naquit l'application à la médecine de l'astrologie judiciaire, dont la folie déshonora le moyen âge; que ces croyances ne méritaient pas un examen sérieux; qu'elles étaient dignes de l'enfance des peuples et de l'ignorance des premiers temps.

On ne saurait s'empêcher de reconnaître que ces reproches ne soient fondés pour la plupart: on a cependant disculpé Hippocrate du reproche de superstition et de pythagorisme. Quant à l'influence des autres, s'il en existe une quelconque, elle est au moins fort obscure, fort douteuse, et il sera, je crois, long-temps impossible de la démontrer d'une manière incontestable.

Pour ce qui regarde les jours critiques, on est forcé de convenir que nous observons trop rarement les phénomènes énoncés par les anciens pour croire à leur influence; et à supposer qu'une solution heureuse arrivât aux jours fixés par les médecins de l'antiquité, je crois que, vu la rareté de ces exemples, il serait plus philosophique de les considérer comme un effet du hasard que comme celui de l'action de certains jours, c'est-à-dire que cette solution aurait pu tout aussi bien arriver la veille ou le lendemain.

Cependant, comme il ne faut pas rejeter sans un mûr examen une opinion admise par des gens d'un grand génie, comme il ne suffit pas de tourner en ridicule certaines assertions pour que leur fausseté demeure démontrée, voyons si réellement il n'existe aucune probabilité en faveur des jours critiques.

Lorsqu'on porte ses regards sur les phénomènes de la nature, il n'est pas possible de n'être pas frappé de la marche immuablement régulière de ces phénomènes. Je ne parlerai pas de la nature anorganique qui nous étonne par la précision de ses mouvements, de ses révolutions; l'invariabilité de ses lois est une de ces merveilles au-dessus de l'intelligence humaine; la manière d'être de ces corps diffère trop essentiellement de celle des corps organiques pour qu'on pût en tirer quelque induction. Mais voyez les actes de la matière organisée; voyez tous ces végétaux se couvrir de verdure et de fleurs aux mêmes époques de l'année; voyez-les vous prodiguer leurs fruits précisément dans la même saison, aux mêmes époques. Qu'on me dise pourquoi l'amandier précoce fleurit à la fin de février, la vigne tardive dans le mois de juin; pourquoi la cerise mûrit dans l'été, la pomme dans l'automne, etc., etc.? On me dira que c'est le retour de la chaleur et de la lumière qui produit ces phénomènes; mais pourquoi ne sont-ils pas les mêmes pour tous les végétaux? Pourquoi, lorsque l'hiver est doux et humide, ne voyons-nous pas les lilas fleurir, tandis que, lorsque le printemps est glacé par des gelées rigoureuses, ces fleurs embellissent nos jardins? Qu'on me dise surtout pourquoi tel animal conçoit à telle époque, porte pendant un temps précis et déterminé? Pourquoi l'accouchement a-t-il lieu après tel laps de temps? Pourquoi le sommeil revient-il aux mêmes heures et cesse-t-il au même moment? Pourquoi l'appétit se fait-il sentir à tel instant du jour? *Pourquoi les femmes sont-elles réglées précisément à tel jour fixe du mois,* lorsqu'elles sont bien constituées et bien portantes? Pourquoi accouchent-elles si exactement à la fin du neuvième mois? Pourquoi un accès de fièvre intermittente prend-il constamment à la même heure? Tout est périodique, tout est régulier dans la nature; pourquoi s'étonnerait-on que la même régularité se retrouvât dans les phénomènes pathologiques? Tant de faits analogues ne la rendent-ils pas probable? Est-il bien philosophique de crier au ridicule et à la superstition?

Les maladies naissent, croissent, décroissent et finissent comme tous les êtres de la nature; dès le moment qu'elles sont, qu'elles existent, *elles sont des êtres*. Ce n'est point ici de l'ontologie; ce sont des êtres matériels; l'irritation est aussi un être réel bien existant. Eh bien! ces êtres ont leurs périodes; pourquoi ces périodes ne seraient-elles pas régulières? Il nous semble que cette opinion ne répugne nullement à la raison.

Nous savons qu'il est une multitude de causes qui entravent la marche régulière des maladies, qui accélèrent ou retardent leur terminaison heureuse ou fatale, et par conséquent qui dérangent la précision de leur cours. Aussi n'attachons-nous pas une grande importance aux jours appelés critiques, et nous ne croyons nullement que ces jours aient le privilége exclusif de juger les maladies. Nous pensons que ce jugement arrive lorsque la maladie a fait son cours, aidée du secours de l'art, entravée par lui ou abandonnée à la nature. Nous croyons donc que cette terminaison peut avoir lieu tous les jours, que tous les jours sont également bons; mais il peut se faire que certaines maladies, et surtout les maladies aiguës, se terminent plus souvent à certain jour qu'à tout autre. Nous devons ajouter que, mettant peu d'importance à la doctrine des jours critiques, nous n'avons observé que très-rarement les maladies se juger ces jours-là.

En nous résumant, nous dirons que beaucoup de faits de la nature organisée sont réguliers, périodiques et analogues à ce qu'on rapporte des jours critiques; que par conséquent la doctrine de ces jours n'a rien de ridicule, et qu'elle offre même beaucoup de probabilités en sa faveur; que néanmoins l'observation montre peu d'exemples de jugements de maladies à jours fixes; que l'influence accordée à ces jours par quelques médecins est exagérée et même superstitieuse, et enfin que toutes les maladies peuvent se terminer d'une manière heureuse, tel jour ou tel autre indifféremment.

Les jours qu'Hippocrate regardait comme critiques étaient le septième, le quatorzième, le vingtième, le vingt-septième, le trente-quatrième, le quarantième; le quatrième, le onzième, le dix-septième, étaient d'après lui des jours indicateurs, c'est-à-dire qui faisaient connaître quelle serait la crise qui devait avoir lieu au jour critique suivant.

On voit que les jours critiques se terminaient à peu près chaque septénaire, et que les jours indicateurs occupaient le milieu. Il comptait le troisième septénaire à partir du quatorzième jour, et le sixième à partir du trente-quatrième. Il appelait intercallaires les jours qui n'étaient ni critiques ni indicateurs: c'étaient les troisième, cinquième, sixième, neuvième, treizième, seizième, dix-neuvième; enfin il désignait les autres sous le nom de jours non décrétoires.

Hippocrate n'était pas tellement exclusif dans ses idées sur les jours critiques, qu'il n'admît la possibilité des crises dans les jours intercalaires et même dans les jours non décrétoires; mais, comme il arrive toujours, ses disciples et ses imitateurs ont exagéré les opinions de ce grand homme, et en ont fait par leur *exclusiveté* des erreurs absurdes, de nos jours justement abandonnées des médecins raisonnables. Tous se bornent à reconnaître aujourd'hui que les maladies aiguës se terminent ordinairement du quatorzième au vingt-unième jour, quelquefois plus tôt, d'autres fois plus tard, et que cette terminaison peut avoir lieu après quelques phénomènes qu'on pourrait regarder comme critiques, ou sans que ces phénomènes aient existé.

Nous pensons donc qu'on s'exposerait à de grandes méprises si, trop confiant dans la prétendue puissance de certains jours, on portait son pronostic seulement d'après ce qui a eu lieu ces jours-là. Nous pensons qu'on s'exposerait souvent à laisser mourir le malade, si, par un respect superstitieux pour les efforts de la nature, on s'abstenait de saisir une indication pressante dans la crainte de troubler ses opérations.

Un grand nombre de maladies arrêtent l'organisation dans son cours. Les unes frappent l'être vivant dans son ébauche encore imparfaite; les autres, au moment où il acquiert son développement; quelques-unes, lorsqu'il est dans toute sa force; enfin un grand nombre, lorsqu'il touche à son déclin. Peu d'êtres organisés jouissent de la prérogative d'atteindre le terme le plus reculé de leur existence. La nature les a environnés d'une si grande multitude de causes de destruction, qu'il en est peu qui puissent s'y soustraire. Ces causes produisent la fin accidentelle, c'est-à-dire la mort la plus fréquente.

Ayant regardé la vie comme le résultat de l'organisation, de l'arrangement moléculaire dans un certain état, nous devons considérer la mort comme le résultat d'un autre arrangement qui ne permet plus les mouvements organiques qui constituent l'existence. En recevant la condition organique

propre à la vie, les êtres organisés reçoivent la condition de leur destruction; l'une n'est que la conséquence de l'autre. L'être organisé naît, se développe, décroît et meurt. Il ne nous est nullement donné de connaître qu'elle est la cause productrice de l'organisation; c'est un des innombrables problèmes qu'il nous est impossible de résoudre. Il nous sera vraisemblablement toujours impossible de reconnaître la cause essentielle de la vie. Nous devons donc nous borner à étudier l'être une fois organisé, c'est-à-dire ayant reçu cette disposition moléculaire qui permet l'existence. Cette condition particulière de l'agrégation des parties fait que l'individu qui en est doué exerce une certaine série de mouvements, au moyen desquels il perd, se sépare et se reproduit, il croît, décroît et finit. Nous connaissons par l'observation quelles sont dans l'homme les conditions organiques nécessaires au libre exercice de ces mouvements; l'anatomie et la physiologie nous ont fait connaître l'état des organes sains et de leurs fonctions dans l'état normal; la pathologie nous a appris le plus grand nombre des altérations morbides des organes et des fonctions; et ces connaissances, qui sont loin encore d'être complètes, sont cependant très-étendues. Mais nous ignorons entièrement la cause prochaine des changements physiologiques qui surviennent dans l'organisation pendant le cours de l'existence; nous ignorons pourquoi et comment arrivent les modifications imprimées par l'âge dans nos divers organes, comment il se fait que, par la seule circonstance de leur durée et de leur exercice, ils éprouvent tels et tels changements? Nous ignorons aussi comment il se fait que tel agent physique détermine dans l'organisme tel ou tel changement; comment il se fait que telle ou telle cause agit sur nos viscères de telle manière plutôt que de telle autre. Toutes ces questions, qu'il serait sans doute très-curieux de pouvoir résoudre, ne doivent seulement pas être agitées par des médecins sensés et raisonnables. La nature nous cache la plupart de ses opérations primitives sous un voile impénétrable.

Bornons-nous à considérer les phénomènes physiologiques et pathologiques qui peuvent nous tomber sous les sens; appliquons le raisonnement à ce que nous voyons, et gardons-nous de discuter sur l'essence des causes, et en général sur des sujets que nous ne pouvons pas atteindre avec nos divers moyens d'investigation, sous peine de tomber dans le vague des hypothèses, et de faire rétrograder l'art jusqu'aux époques ténébreuses du galénisme.

Une certaine organisation étant donnée, l'homme vit; cette organisation étant dérangée, l'homme meurt. Voilà ce que nous devons savoir.

Parmi les instruments qui servent à l'entretien de la vie, il en est de plus ou moins nécessaires, et dont l'intégrité et l'action ne sauraient être troublées d'une certaine manière ou pendant un certain temps sans entraîner la perte de l'individu. Plus l'instrument est nécessaire à la vie, et plus son altération entraîne promptement la mort. La rapidité avec laquelle l'altération est survenue est une cause aussi de la promptitude de la mort.

Dans l'homme, les organes indispensables à l'existence, ceux dont l'action ne peut être interrompue sans occasionner une prompte mort, sont : le cœur, qui ne peut cesser une minute son action sans faire mourir l'individu; le poumon et le cerveau.

Les changements organiques déterminés par l'âge, quelle que soit la cause première de ces changements, rendent parfaitement compte de la mort sénile; et non seulement ils nous expliquent la cessation de l'existence, mais ils nous font connaître la cause matérielle de la destruction successive de l'individu.

Les viscères intérieurs du vieillard ne sont pas moins décrépits que son habitude extérieure; le cerveau se durcit, se racornit, diminue de volume, prend une teinte grisâtre; les nerfs subissent des altérations analogues; ils diminuent de volume, augmentent de densité, et revêtent une couleur brune, en même temps que les instruments extérieurs des sensations et des mouvements subissent des changements profonds : ainsi les sens deviennent obtus, les facultés intellectuelles faiblissent; la mémoire, l'imagination se perdent; l'attention n'est plus soutenue; la sensibilité s'émousse, et la locomotion devient difficile et même impossible, etc. L'homme intellectuel meurt en détail; sans doute que la nature le veut ainsi, pour lui épargner le spectacle affligeant de sa destruction.

Les gros vaisseaux s'encroûtent de phosphate calcaire, les valvules aortiques et auriculo-ventriculaires sont fréquemment le siége de ces concrétions osseuses; la circulation s'embarrasse, le sang stagne dans tous les viscères, les poumons deviennent peu perméables à l'air, le sang n'y reçoit plus l'influence bienfaisante de l'oxygène, il devient impropre à réparer et à vivifier les organes, et surtout le cerveau, qui enfin cesse son action, et la mort arrive.

Elle a lieu plus ou moins rapidement; les uns s'éteignent insensiblement, les autres passent de la vie à la mort pendant un sommeil heureux; quelques-uns luttent pendant un certain temps, et d'autres expirent sans avant-coureurs, d'une manière presque subite.

Ce que nous disons ici de la mort naturelle trouve son application à la mort accidentelle. L'homme cesse toujours de vivre, parce que ses organes cessent d'être convenablement disposés pour agir. Dans beaucoup de cas ce changement de condition nous échappe, mais il est impossible de ne pas l'admettre; dans un plus grand nombre de circonstances nous pouvons facilement l'apprécier.

Quelques-unes de ces altérations sont telles qu'elles occasionnent un trépas instantané. Telles sont les altérations profondes et rapides des principaux organes de l'économie, les ruptures du cœur et des gros vaisseaux, les épanchements dans la protubérance annulaire, etc.; d'autres attaquant les mêmes organes, mais d'une manière plus graduelle, ne font périr l'individu qu'après un combat d'une certaine durée.

Ce combat, précurseur de la mort, porte le nom d'agonie; il est caractérisé par la perte de l'intelligence et des sens (nous retrouvons ici la même sollicitude de la part de la nature, de nous dérober l'horreur de notre fin prochaine), par une altération profonde des traits de la face, par l'impossibilité d'avaler, le râle, la lividité et la froideur des membres, un pouls intermittent et misérable, en un mot par l'altération profonde de toutes les fonctions.

Tous ces phénomènes peuvent cependant exister, et l'individu revenir à la vie, comme dans d'autres cas la mort peut arriver sans être annoncée par ce funeste cortége.

Comment s'opère en général le passage de la vie à la mort? Il me paraît incontestable que ce passage a lieu par la désorganisation de l'individu, dé-

sorganisation telle qu'elle ne permet plus le jeu, l'action des organes. Je n'ignore pas que nous trouvons tous les jours des altérations portées à un point extrême, lesquelles ont détruit en grande partie des organes essentiels à la vie, et qui sont restées long-temps sans occasionner la mort, bien plus, sans donner aucun signe de leur existence. Je n'ignore pas que dans beaucoup de cas on ne trouve aucune altération qui puisse rendre raison de la mort : mais qu'est-ce que cela prouve, sinon que nous ne pouvons pas encore nous rendre compte de toutes les opérations de la nature, et que nos moyens d'exploration ne sont pas assez subtils pour faire rencontrer des altérations d'une certaine nature; altérations qui peuvent d'ailleurs, ainsi qu'on l'a dit si souvent, disparaître après la mort.

Nous pensons donc que la mort n'est autre chose que le dérangement des instruments dont l'action constitue la vie. On sait ce que nous entendons par ces instruments; on sait que nous y comprenons les fluides de toute espèce.

Voici, selon nous, comment arrive la mort : elle frappe d'une manière rapide et inévitable lorsque l'un des trois appareils les plus nécessaires à la vie suspend son action d'une manière instantanée.

Ainsi la rupture complète du cœur ou des gros vaisseaux est promptement mortelle; après la circulation, la cessation de la respiration est rapidement fatale; enfin l'abolition de l'innervation entraîne aussi nécessairement la mort; et ces trois fonctions sont sous une telle dépendance l'une de l'autre, que l'une ne peut être suspendue sans nécessiter l'interruption des deux autres, et par conséquent la mort. Il n'en est pas de même de celles qui ne sont que secondaires, telles que la digestion, l'absorption, l'exhalation, les sécrétions, les excrétions, etc.; leur suspension peut durer pendant un certain temps sans occasionner nécessairement la mort. Ce n'est qu'après un laps de temps plus ou moins considérable qu'elle influe sur les autres fonctions, et qu'elle détermine le trépas d'une manière secondaire.

Cela posé, il sera facile, ce me semble, de se rendre compte de l'agonie dans la majorité des cas. Son absence n'étonnera pas lorsque l'un des organes des trois appareils chargés des trois principales fonctions dont nous avons parlé sera tout-à-coup et entièrement mis hors d'état d'exercer cette fonction. Ainsi la rupture du cœur, la solution de continuité de la moëlle épinière donneront lieu à une mort instantanée. Les épanchements les plus considérables dans la substance cérébrale ne tuent pas sur-le-champ, ce qui dépend sans doute, où de ce qu'il reste toujours une portion du cerveau qui agit, ou de ce qu'il y a dans la portion d'organe séparée une certaine quantité d'agent nerveux en réserve. L'agonie pourra ne pas exister dans les cas où la maladie aura marché avec tant de lenteur que l'organe sera arrivé d'une manière insensible au point de ne pouvoir plus exécuter sa fonction : tel est le cas de quelques phthisies, de certaines maladies du cœur, de quelques cancers, etc. Hors ces cas, la mort est toujours précédée d'un certain temps d'agonie. On pourra donc presque constamment prévoir le terme fatal.

Le cerveau me paraît être évidemment le siége et la cause de l'agonie, qu'il soit affecté primitivement ou consécutivement. Dans le cas où il serait primitivement affecté, il sera facile de se rendre compte de l'abolition de l'intelligence, et par suite du désordre général des autres fonctions, désordre occasionné par le défaut d'innervation. cause première de l'action des organes. Dans le cas où il ne serait que secondairement affecté, c'est-à-dire si la maladie de quelque autre viscère amenait la mort, on pourrait encore se rendre un compte satisfaisant de ce qui se passe. La maladie peut agir d'une manière plus ou moins directe sur l'encéphale. Si, par sa nature, elle transmet vers cet organe quelques principes pernicieux, la cessation de l'innervation se concevra facilement. Telle est sans doute la manière d'agir des empoisonnements par les narcotiques, les stupéfiants, enfin par toutes les substances qui influencent directement les organes de l'innervation. Les divers cas d'asphyxies seront tout aussi faciles à saisir : l'individu asphyxié par un gaz délétère reçoit dans le cerveau, par la voie de la respiration et de la circulation, l'action pernicieuse de ce gaz; celui qui le sera par privation d'air ne recevra plus dans le cerveau qu'un sang privé de qualités vivifiantes, incapable de stimuler cet organe convenablement, lequel tombera dès-lors dans le collapsus, et ne réagira plus sur les autres parties; de là l'agonie, la mort. Il en sera de même de toute maladie qui empêchera la respiration : une pneumonie, une pleurésie, etc., etc. En procédant ainsi des cas simples et évidents aux cas plus difficiles, il me semble que la question s'éclaircit singulièrement. Il en sera à peu près de même des différents organes digestifs; l'alimentation est la source principale de la réparation; celle-ci n'ayant plus lieu, un sang pauvre ne peut plus porter vers le cerveau de matériaux réparateurs; celui-ci finit par languir; l'agonie et la mort s'ensuivent, et d'autant plus facilement que la douleur aura déjà altéré le principal organe de la vie, le cerveau. Les maladies des membres occasionneront ces phénomènes avec beaucoup plus de lenteur; mais il sera nécessaire qu'ils soient considérables; la circulation me paraît, dans ce cas, la cause de tous ces accidents. Elle puise dans l'endroit malade des principes funestes, qui, portés vers le cerveau, font naître l'agonie, comme nous venons de le dire. Enfin, pour les maladies sans siége encore reconnu, il est probable qu'elles agissent sur l'encéphale d'une manière médiate ou immédiate. Ainsi l'épilepsie et les autres névroses agiront directement sur cet organe; peut-être pourrait-on en dire autant des maladies intermittentes et des fièvres dites essentielles.

En nous résumant, nous pensons que l'agonie et la mort sont dues à une altération primitive ou secondaire du cerveau. Le plus ordinairement, dans ce dernier cas, le sang et le moyen de transmission d'un principe délétère quelconque; d'autres fois ce sont les organes mêmes de la sensibilité. Le défaut seul de circulation, le stase du sang dans les vaisseaux et le sinus du cerveau, nous paraissent pouvoir occasioner les mêmes accidents; enfin il arrive souvent qu'une abondante sérosité épanchée entre ses membranes et dans les ventricules doit être la cause de l'agonie, en comprimant l'encéphale : c'est ce que nous avons eu de fréquentes occasions de voir dans les ouvertures de corps, soit que la maladie occupât cet organe ou ses dépendances, soit qu'elle affectât toute autre partie.

Nous pensons que ces considérations sur les causes mécaniques de la cessation de la vie pourront faciliter le pronostic dans une multitude de circonstances.

Lorsque nous publiâmes ces idées dans le *Dictionnaire de médecine*, à l'article *Agonie*, nous les présentâmes avec défiance. M. le professeur Adelon

leur a donné une sanction imposante dans son article *Mort* du même dictionnaire; ce n'est pas sans plaisir que nous avons vu ce physiologiste distingué émettre des opinions tout-à-fait analogues.

Indépendamment des notices préliminaires que nous venons d'exposer, et que nous croyons utiles au médecin pour porter son pronostic, il est encore une multitude de circonstances qui peuvent le faire varier, et que l'on doit connaître indispensablement. Ces circonstances sont relatives à la maladie elle-même, à l'individu ou à ce qui l'entoure, *ta exôthen*, comme dit Hippocrate. La plus importante de toutes est sans contredit l'espèce de la maladie elle-même. Tout le monde sait que les maladies sont loin d'être également graves : elles le sont d'autant plus qu'elles attaquent un organe plus essentiel à la vie; que cet organe se dérobe davantage à nos moyens thérapeutiques; que les phénomènes morbides sont plus insolites, plus éloignés du type normal et plus intenses; que la maladie est d'une nature plus rebelle à nos agents curatifs; qu'elle a plus résisté aux divers moyens mis en usage; que les causes qui l'ont produite ont agi avec plus de force depuis un temps plus long; que son invasion a été plus violente; que sa marche est toujours croissante lorsqu'elle devrait être décroissante; qu'elle dure depuis plus long-temps; qu'elle a produit des altérations organiques plus profondes, etc.

Quant à l'individu, le pronostic d'une maladie varie suivant l'âge, le sexe, la constitution, l'état de santé habituel, l'idiosyncrasie, les habitudes, les professions, la manière de vivre, la fortune ou la pauvreté, etc.

Les circonstances accessoires seront les climats, les saisons, les localités, les épidémies, etc. Nous allons examiner succinctement ces diverses circonstances.

Circonstances individuelles qui font varier le pronostic.

Nous avons exposé, dans la première partie de notre Cours élémentaire d'hygiène, les diverses modifications organiques apportées dans l'économie animale par l'âge, le sexe, les constitutions, les habitudes, etc. Nous avons vu que ces modifications organiques rendaient les individus aptes à contracter certaines maladies, et que ces maladies exigeaient des modifications de traitement et aussi des règles hygiéniques particulières. Eh bien! si ces modifications organiques peuvent donner des dispositions à des maladies nouvelles, combien à plus forte raison ne doivent-elles pas avoir d'influence sur la marche et la terminaison des maladies en général?

Dans la première enfance, le défaut de moyens de relation, l'extrême facilité avec laquelle tous les organes ressentent la douleur d'un seul, le trouble général qui en résulte, rendent le diagnostic très-difficile, et partant, d'après nos principes, le traitement moins rationnel, moins sûr. De plus, on éprouve les plus grandes difficultés à faire prendre aux enfans les médicaments qui peuvent leur être utiles; leur organisation encore mal affermie ne leur permet pas de résister à l'action des causes morbifiques. La prédominance de l'encéphale expose cet organe à être affecté secondairement avec la plus grande facilité lorsque quelque autre viscère est malade, ce qui ajoute beaucoup à la gravité de l'affection préexistante. Par tous ces motifs, on doit bien penser que les maladies des enfants sont en général plus funestes que celles des jeunes gens et des adultes : aussi en est-il un grand nombre qui succombent. Le pronostic sera donc généralement fâcheux à cet âge. Cependant les mouvements organiques étant extrêmement actifs et prompts dans l'enfance, l'absorption participe à cette activité, et la résolution des maladies s'opère souvent d'une manière inespérée. Ainsi, quoique un enfant soit gravement malade, il ne faut jamais affirmer qu'il succombera.

Passé la quatrième année, l'existence se consolide, l'enfant échappe aux accidents de la dentition, le croup est moins fréquent et moins funeste; les maladies encéphaliques sont plus rares; on peut mettre en usage des moyens plus actifs; le pronostic est moins fâcheux. Le danger diminue à mesure qu'on avance en âge. Cependant l'époque de la puberté est souvent orageuse, surtout chez les femmes. Le moment où la menstruation s'établit, où, pour commencer une nouvelle carrière, tout l'organisme s'émeut, se met en mouvement; ce moment, dis-je, se fait souvent remarquer par des accidents nombreux et variés. Il n'est pas rare de voir naître à cette époque difficile des maladies qui revêtent une physionomie particulière, dans lesquelles le caractère nerveux prédomine souvent et vient apporter ses funestes conséquences. La menstruation, qui s'établit avec peine, entrave la marche naturelle des maladies, empêche leur guérison, les fait passer à l'état chronique, et quelquefois occasionne leur terminaison fatale. C'est au médecin habile à redoubler d'attention et de soins, afin d'éviter ce dangereux écueil.

Cette époque heureusement franchie, les maladies présentent plus de chances de guérison. Dans la jeunesse et l'âge adulte, si elles sont plus violentes, les forces des individus sont aussi plus grandes, l'art et la nature sont dans la plénitude de leur puissance. Il faut alors des circonstances particulières pour que les malades succombent.

Mais bientôt arrive la vieillesse et surtout la décrépitude, qui sont déjà des maladies d'autant plus déplorables, que l'art échoue contre l'inévitable loi de la destruction sénile. Les organes sont véritablement altérés dans leur texture, dans leur composition intime. Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons exposé si souvent relativement à ces changements organiques. Nous savons qu'ils sont surtout remarquables dans les organes de la circulation et dans ceux de l'innervation; et que, moins apparents dans les autres appareils, ils sont cependant les mêmes. Ce qui est surtout digne d'attention, c'est que les vaisseaux du cerveau se rompent; cet organe durcit, s'atrophie, brunit; les nerfs se rapetissent, se condensent; en conséquence les *propriétés vitales* diminuent d'activité et peuvent finir par disparaître entièrement. Sous l'influence de ces malheureux changements, la réaction aux excitants extérieurs étant presque nulle, les causes agissent avec la plus grande facilité; les organes s'engorgent et s'enflamment promptement, et les mêmes raisons qui favorisent ces effets, subsistant toujours, s'opposent à leur disparition. Ainsi les conditions organiques de la vieillesse disposent aux maladies et empêchent leur guérison; de plus, les ressources de l'art sont très-bornées. L'hématose se fait lentement, le sang se répare avec peine; les forces, qui dépendent du bon état de tous les organes, et surtout de ceux de l'innervation, tombent avec la plus grande rapidité. Or, nous savons qu'il faut un certain degré de forces pour opérer la résolution des maladies. Si le malade était trop affaibli, l'absorption, qui est char-

gée de la résolution, cesse d'agir; la congestion de l'organe enflammé augmente d'une manière passive, et le malade succombe. Cet aperçu doit suffire pour faire voir que les maladies sont généralement bien plus graves chez les sujets avancés en âge que chez ceux qui le sont moins.

Dans cet examen rapide de l'influence des âges sur le pronostic, on peut s'apercevoir que le raisonnement est parfaitement d'accord avec l'observation et l'expérience; que tous les corollaires sont déduits des *changements organiques* déterminés par les différents âges; qu'on ne s'est pas borné à des assertions purement empiriques : c'est là l'avantage de la médecine organique. A mesure que cette manière d'étudier l'homme se répandra et fera des progrès, tous les phénomènes de la vie, morbides ou physiologiques, s'expliqueront naturellement par les changements, les modifications organiques. Déjà se dissipe devant nos yeux l'épaisse vapeur qui couvrait les actes de la matière vivante.

Le sexe ne laisse pas que d'influer aussi sur la marche et l'issue des maladies.

L'homme, qui s'est attribué tant de prérogatives sociales, était déjà bien favorisé par la nature. En effet, il y a dans son organisation, comparée à celle de la femme, bien moins de causes de maladies et de destruction; et si le nombre des hommes malades est si grand, il faut en accuser et leurs excès et leurs passions sociales, et leurs travaux, et leurs privations; toutes causes hors de leur organisation. L'homme est construit pour résister aux modificateurs de tous les genres, et lorsqu'il est atteint par eux, l'énergie de ses mouvements organiques est un garant de la résolution de la maladie.

Il n'en est pas de même de la femme : tous les maux, toutes les douleurs semblent faits pour elle, et pour comble d'infortune, sa force de réaction est moindre, et ses moyens de guérison moins sûrs. Douée d'une plus vive sensibilité que l'homme, elle ressent les souffrances avec plus de vivacité, son cerveau se prend avec plus de facilité, et cette complication fâcheuse vient aggraver encore les maladies qui l'atteignent; elle se trouve ainsi dans le même cas que l'enfant dont elle partage d'ailleurs l'organisation. La constitution de la femme la rend donc plus propre à être frappée par les causes morbifiques, rend ses maladies plus graves, moins susceptibles de guérison, et l'expose à des affections qui sont inconnues à l'homme. Mais indépendamment de ces causes organiques, il est des circonstances dans sa vie qui aggravent les maladies dont elle est frappée : telles sont la dysménorrhée et l'aménorrhée. Nous savons que tant que la menstruation n'est pas dans son type physiologique, il n'y a pas de guérison à espérer pour elle : or il arrive fréquemment que les femmes sont dans ce cas; leurs maladies sont alors promptement mortelles ou incurables sans occasionner la mort. La gestation rend aussi les maladies plus dangereuses, ainsi que l'accouchement et ses suites, la lactation, l'époque du sevrage, parce que dans ces circonstances l'économie animale est dans une espèce d'orgasme, un travail général s'opère dans les divers organes de la génération, et la moindre dérivation sur d'autres viscères est grave et souvent mortelle. Le traitement des maladies est aussi plus difficile; les moindres imprudences, les moindres écarts de régime, sont souvent payés bien cher. L'époque climatérique n'est pas moins fertile en dangers de ce genre, d'autant plus redoutables alors, que la nature, qui procède déjà à la désorganisation sénile, n'offre plus les mêmes ressources pour la résolution des maladies.

Quoi qu'on ait pu dire des avantages d'une constitution faible, nous ne saurions partager les opinions du spirituel auteur de ce paradoxe médical. L'homme fortement constitué a non-seulement l'avantage de résister efficacement à toutes les causes morbifiques qui nous assiégent, mais lorsqu'il est atteint de quelque affection, sa force de réaction est presque toujours en rapport avec l'intensité du mal; il offre des ressources bien autrement grandes pour le traitement; et l'action des organes étant très-vive, la résolution est ordinairement facile. A la vérité, comme il faut pour le rendre malade des causes bien plus puissantes que pour les sujets faibles, ses maladies sont en général bien plus violentes que chez ceux-ci, mais leurs moyens de guérison sont incomparablement plus grands. J'ai toujours vu les hémorrhagies cérébrales se résoudre avec la plus grande facilité chez les sujets doués du prétendu tempérament apoplectique, tandis que chez les individus pâles, décolorés, à chairs flasques et molles, à pouls petit, etc., des hémorrhagies quelquefois bien moins étendues se terminaient toutes d'une manière funeste. Ce que je dis de l'hémorrhagie cérébrale s'applique à la pneumonie, à la gastrite, etc. Il est peu de cas véritablement exceptionnels.

Chez l'homme dont la constitution est caractérisée par la prédominance de l'appareil digestif (1), les maladies du canal alimentaire revêtent un degré d'intensité souvent alarmant; mais chez les hommes énergiques, la résolution est généralement facile et prompte. Il n'est pas rare de voir chez eux des phénomènes cérébraux qui sont souvent mortels.

Ceux chez lesquels prédominent les appareils circulatoire et respiratoire semblent être le plus heureusement organisés pour la guérison des maladies. A l'abri de l'influence de la plupart des agents extérieurs, ils ne sont frappés que de maladies légères, fugaces, qui se résolvent avec la plus grande rapidité. On est étonné de la promptitude avec laquelle des symptômes violents en apparence disparaissent du jour au lendemain. J'ai souvent eu occasion de faire ces remarques sur de jeunes filles du service de la Salpêtrière; il m'est difficile de les faire voir aux élèves plus de deux fois; elles sont presque toujours convalescentes à la troisième leçon.

Les individus que distingue l'énergie de l'appareil encéphalique et de ses dépendances, nerveux, irritables, sont au contraire malades pour la moindre cause; et, chose bien funeste, leurs maladies revêtent promptement le caractère ataxique. Mais il faut le dire, toutes choses égales d'ailleurs, les phénomènes nerveux, tels que les soubresauts des tendons, la carphologie, le délire, etc., sont d'un moins mauvais augure chez eux que chez les sujets doués d'une autre constitution.

Il est des êtres caractérisés par l'atonie, la langueur des divers appareils, et peut-être aussi par la prédominance du système lymphatique; chez eux tous les mouvements organiques étant très-lents, l'absorption participe à cette lenteur; les maladies sont par conséquent lentes dans leur marche, se résolvent difficilement, passent facilement à l'état chronique; mais il est rare qu'elles soient promptement mortelles.

L'appareil locomoteur est en excès chez quelques individus qui l'ont acquis par un exercice violent et soutenu, ou qui l'ont reçu de la nature. Cette

(1) Cours élémentaire d'hygiène, par Léon Rostan, tome Ier, page 66, 2e édit. Paris, 1828.

constitution, dont l'Hercule nous offre le parfait modèle, et dont quelques hommes se rapprochent plus ou moins, est loin d'être un prototype de bonne organisation; elle n'indique que la prédominance d'un appareil, et nullement la force réelle. Aussi ces individus sont-ils frappés de maladies violentes, et tombent-ils promptement dans une prostration profonde par le traitement antiphlogistique le moins rigoureux. Après la seconde émission sanguine, et quelquefois dès la première, vous êtes étonnés de voir ces individus, si robustes en apparence, faiblir, pâlir, leur respiration s'embarrasser, leur pouls mollir, etc., et une mort prompte les enlever, eux dont naguère la vie paraissait indestructible, inattaquable même.

Les maladies sont graves chez les personnes où le système reproducteur jouit d'une énergie extraordinaire. Les pertes réitérées auxquelles ces individus sont poussés par leur organisation, l'ébranlement nerveux habituel qui en résulte, rendent fort dangereuses les maladies qui les atteignent.

Les modifications organiques imprimées par les âges, les sexes et les tempéraments, sont loin d'être les seules qu'on observe dans l'homme. On a désigné sous le nom d'idiosyncrasies des variétés individuelles que présentent quelques sujets qui sortent des règles ordinaires. L'état social, ainsi que la culture pour les végétaux, semble multiplier ces sortes d'exceptions. Les malades font une attention minutieuse à ces sortes de dispositions particulières, qu'ils appellent leur tempérament; et le médecin ne peut les négliger sans s'exposer à des erreurs graves de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique. Il serait beaucoup trop long d'exposer ici toutes les espèces d'idiosyncrasies. Il nous suffira de dire d'une manière générale que, cet état particulier constituant l'état de santé de la personne à laquelle on donne des soins, tout ce qui s'en éloigne doit être considéré comme morbide, et tout ce qui s'en rapproche comme physiologique. Posons quelques exemples pour rendre cette proposition plus intelligible. Chez un individu en pleine santé, la langue est habituellement blanche, couverte d'un enduit; si elle vient à se nettoyer, ce phénomène, qui est d'un bon augure dans les cas ordinaires, sera pour lui un indice de maladie. Chez un second, il y aura habituellement répugnance pour quelque substance; cette répugnance cessera dans l'état de maladie. Le dévoiement sera l'état naturel d'un troisième; dans la maladie les selles pourront prendre le type normal. Un quatrième aura quatre-vingt-dix pulsations par minute; son pouls tombera à soixante-dix, qui est le nombre commun des pulsations; s'il devient malade, le pouls, qui est ordinairement irrégulier, deviendra régulier, etc.; et ainsi de suite de tous les mouvements organiques. Les individus qui présentent des anomalies de ce genre recouvrent leur santé lorsque ces anomalies reparaissent. Il faudrait bien se garder de les prendre pour des signes fâcheux; elles amènent alors la convalescence d'une manière aussi certaine que le retour des phénomènes morbides au type normal, chez les personnes qui ne présentent aucune de ces irrégularités. Pour porter un jugement sûr, il faut que l'idiosyncrasie ait été bien constatée. La nature s'écarte difficilement de son type régulier; ces cas sont bien plus rares qu'on ne pense, et le désir d'être extraordinaire, l'amour du merveilleux, fait souvent affirmer aux malades des choses qui n'ont d'existence que dans leur imagination. On ne saurait trop se tenir sur ses gardes.

L'état habituel de santé doit influer beaucoup sur l'issue d'une maladie, et par conséquent sur le jugement qu'on doit en porter. Une maladie, quelle qu'elle soit, sera bien plus fâcheuse chez un sujet habituellement malade que sur un sujet bien portant. Telle affection qui n'aurait été qu'une indisposition légère chez celui-ci sera une affection grave chez celui-là. Une pneumonie, une pleurésie seront presque toujours mortelles chez un phthisique; elles seront au moins fort dangereuses chez un anévrysmatique. Les maladies chroniques n'occasionnent guère la mort que lorsqu'il se développe dans l'organe malade ou dans les environs une phlegmasie récente. Les malades épuisés par les maladies de long cours, par les douleurs, par les traitements de tous genres, par la diète, etc., offrent peu de ressources curatives.

Les habitudes aggravent quelquefois les maladies. Une alimentation insuffisante, l'usage habituel d'aliments insalubres, d'eaux croupies, donnent ordinairement aux maladies un caractère funeste. C'est ainsi qu'après les navigations de long cours, après les siéges, etc., les maladies sont souvent fatales. Il en est de même après les abstinences religieuses trop long-temps soutenues.

Une alimentation habituellement trop abondante, quoique n'entraînant pas des conséquences aussi graves, ne laisse pas que d'apporter des chances malheureuses dans les maladies, sans doute par l'irritation continuelle qu'elle occasionne dans les organes digestifs, par la tendance que contractent les fluides à pénétrer la membrane muqueuse gastro-intestinale, ce qui fait qu'à la moindre cause stimulante ils affluent de toutes parts vers ces organes. Ce sont surtout en effet les inflammations gastro-intestinales qui sont dangereuses chez ces individus.

Un excès habituel bien autrement dangereux est celui du vin et des liqueurs alcoholiques. C'est sans doute par leur action directe sur l'encéphale que ces boissons portent un trouble si profond dans l'économie animale. C'est en altérant ce centre de tous les mouvements organiques qu'elles impriment aux maladies un caractère si fâcheux. Presque tous les ivrognes présentent des symptômes nerveux et adynamiques. Il est rare que leurs maladies, pour peu qu'elles soient violentes, n'aient pas ce caractère et ne se terminent par la mort.

L'acte destructeur de la masturbation, le coït trop souvent répété ruinent l'individu, autant par les pertes excessives d'un fluide précieux, que par l'excitation violente de l'encéphale; ils détournent les matériaux de réparation destinés à tous les viscères, lesquels se trouvent affaiblis, et par ce défaut de réparation, et par la révulsion qui s'opère sur un organe unique, et par le défaut d'innervation. Si dans ces dispositions malheureuses une maladie grave vient frapper un individu, aura-t-il les forces suffisantes pour résister à leur action? présentera-t-il au médecin assez de ressources pour le traitement?

En général les habitudes qui épuisent, qui énervent l'homme, rendent les maladies très-graves. Les veilles prolongées, les travaux intellectuels trop long-temps soutenus, les affections morales vives, les passions violentes contrariées dans leur but, sont de ce nombre. On disait autrefois que ces causes développaient des phénomènes ataxiques. Nous pensons aujourd'hui que ces phénomènes sont dus à un état particulier de l'encéphale, que cet état n'est point une maladie spéciale, mais sans doute l'inflammation du cerveau et de ses dépendances. Pour peu qu'on réfléchisse à la manière dont agissent

les causes dont nous venons de parler, pour peu qu'on fasse attention à la nature des phénomènes qu'elles développent, je pense qu'il ne saurait rester aucun doute sur cette manière de voir.

Le degré de fortune, d'aisance ou de pauvreté dans lequel se trouve le malade influe sur l'issue favorable ou funeste de son affection. Telle maladie est curable pour un riche, qui peut se soustraire aux causes, se procurer tous les moyens curatifs, et ne l'est pas pour un malheureux, dénué de ces secours. Mais, par une compensation consolatrice, la constitution robuste de l'artisan rend propre à résister à une multitude d'agents dont le riche ne peut éviter l'influence.

Circonstances accessoires qui font varier le pronostic.

Parmi les circonstances accessoires qui peuvent modifier la marche et l'issue des maladies, il n'en est pas de plus générales que les climats et les saisons : de même que les êtres organisés varient suivant les latitudes du globe, de même que tel végétal qui acquiert un développement gigantesque sous les tropiques, languit et meurt sous la zône tempérée, tandis qui celui qui croit sous cette zône est promptement desséché sous les feux de l'équateur ; de la même manière telle maladie qui se développe sous une région, est inconnue sous une autre, et telle affection qui présente la plus grande violence dans un climat est une indisposition légère dans un autre climat. C'est principalement sous ce dernier rapport que nous devons examiner les maladies. La syphilis, si redoutable chez nous, si terrible par ses ravages, si souvent au-dessus de nos faibles moyens, est dans les pays chauds une maladie peu inquiétante, qui guérit en général par les seuls bienfaits d'une température douce. Les maladies chroniques du poumon, qui moissonnent tant de monde dans les pays froids et humides, n'en font périr qu'un petit nombre dans les contrées méridionales. Si nous voulions passer en revue toutes les affections comprises dans le cadre nosographique, nous verrions que les unes sont fréquentes et mortelles dans un endroit, rares et légères dans un autre. On peut affirmer d'une manière générale que les maladies sont ordinairement moins graves, plus régulières, se résolvent plus souvent dans les climats tempérés que dans les climats extrêmes.

On dit cependant que les hommes sont plus grands, plus forts, plus robustes dans le Nord que dans les climats moyens, et surtout que dans le Midi; que les Russes, par exemple, ont un développement physique supérieur aux Français et aux Italiens ; que, par conséquent, ils doivent mieux résister aux agents morbifiques, et présenter plus de ressources au médecin. Mais quoique cette proposition soit vraie, elle exige cependant quelques développements.

Et d'abord, quoique la Russie soit un pays froid, ce n'est pas un climat extrême; et nous voyons que les habitants des régions plus septentrionales sont petits et rabougris. En second lieu, il est vraisemblable que l'action du froid se faisant sentir principalement dans l'enfance, c'est à cet âge que la mortalité est plus forte (1), et les enfants qui résistent doivent être d'une constitution plus robuste, et réagir davantage aux causes morbifiques. Au reste, si ces hommes sont frappés de quelque maladie, il est certain que la température dans laquelle ils vivent s'oppose à leur facile guérison.

(1) Cette vérité vient d'être mise hors de doute par les recherches de MM. Willermé et Milne-Edwards.

On a remarqué que les maladies thoraciques étaient très-graves et très-fréquentes dans ces climats, qu'elles étaient plus rares et plus légères dans le Midi; que les inflammations intestinales étaient plus communes, plus violentes et plus souvent mortelles dans les pays chauds, et que l'inverse avait lieu pour les pays du Nord.

Ce que nous venons de dire s'applique aux saisons, à très-peu de chose près. La saison la plus meurtrière est sans contredit l'hiver. Nous avons souvent dit que l'hiver était mortel aux vieillards, et nous en avons déduit les raisons des modifications organiques qui surviennent chez eux. Nous avons dit que la gêne de la circulation produite par l'ossification des vaisseaux en était, sinon l'unique, au moins la principale cause. Nous avons expliqué comment le froid, en resserrant la périphérie du corps, refoulait vers l'intérieur le sang, qui produisait ainsi des congestions de toute espèce et des inflammations de tous les viscères, surtout ceux de la respiration ; comment la même cause qui favorisait ces maladies s'opposait par la même raison à leur disparition. Nous ne reviendrons pas davantage sur ce sujet.

Lorsque l'hiver est humide, quoique l'opinion contraire soit généralement répandue, il est moins funeste aux gens vieux et faibles que lorsqu'il est froid et sec. La différence de mortalité est extraordinaire. A la Salpétrière, lorsqu'il gèle à 8° — o R., pendant les mois de janvier et de février, il meurt de cent trente à cent cinquante sujets par mois. Il en meurt de vingt à trente lorsque la température est humide.

Après l'hiver, c'est l'été qui est la saison la plus défavorable. Les grandes chaleurs développent des maladies graves; mais cependant, dans nos climats, moins que l'hiver. Il règne souvent des gastro-entérites et des affections cérébrales; dans l'hiver, ce sont aussi des maladies du cerveau, mais plus particulièrement des inflammations thoraciques.

Le printemps, lorsqu'il est doux et tempéré, tel qu'il doit être, est une saison inoffensive. Il en est de même de l'automne; et si quelques affections chroniques se terminent par la mort à cette époque, il faut attribuer cela à l'impression des premiers froids, qui peuvent passer pour des préludes de l'hiver naissant.

Les changements plus ou moins brusques qui surviennent dans la température modifient la marche des maladies, et peuvent hâter leur terminaison favorable ou funeste. Une température moyenne de 15 à 20° + o R. étant celle qui convient le mieux dans la majorité des cas, toute température qui s'en éloigne peut être désavantageuse, et cela d'autant plus qu'elle s'en éloigne davantage et d'une manière plus rapide.

Les divers moments de la journée modifient plus ou moins l'état des malades. Le matin est généralement le moment de la rémission, soit qu'on doive l'attribuer au repos de la nuit, ou au contraire à l'excitation qui a tourmenté le malade et à laquelle succède le collapsus, soit qu'elle reconnaisse pour cause l'influence bienfaisante de la lumière, etc. Pour quelques maladies, le paroxysme a lieu dans le milieu du jour. J'ai eu de fréquentes occasions de l'observer pour des pneumonies anomales ; j'ai aussi observé que beaucoup d'accès de maladies nerveuses périodiques reparaissent au milieu du jour et à la même heure ; mais le plus communément c'est le soir que le redoublement se manifeste. Tous les symptômes s'aggravent à ce moment, et

persistent avec cette violence pendant toute la nuit. Je ne suis pas éloigné de croire que ces paroxysmes sont produits par l'absence de la lumière, une moindre quantité d'électricité, enfin les changements notables qui surviennent dans l'atmosphère; peut-être aussi par la fatigue causée par les impressions multipliées de la journée.

Mais rien ne modifie davantage les maladies que les localités. Il faut, pour qu'une maladie marche d'une manière régulière, que l'air soit pur, qu'il circule avec facilité, que la lumière soit abondante et vive. Il est des localités essentiellement insalubres. Tels sont les lieux bas et humides, où les rayons bienfaisans du soleil ne pénètrent qu'avec peine. Tels sont les lieux où se trouvent une multitude de corps organisés en décomposition; les bords des rivières, des marais et des étangs qui se sont retirés par la chaleur ou par toute autre cause, et qui ont laissé sur leurs bords de la vase infecte, où séjourne une grande quantité de détritus de matières animales ou végétales en putréfaction; le voisinage des marchés, des cimetières, des amphithéâtres; les quartiers populeux, les pièces étroites, serrées, basses, impénétrables à l'air et à la lumière. La mort semble y faire son séjour habituel. Des maladies qui partout ailleurs se termineraient par la guérison, se terminent là d'une manière fatale. Il ne faut pas oublier dans cette énumération les hôpitaux, où sont encombrés un grand nombre d'individus malades. Non-seulement cet encombrement fait naître des maladies nouvelles, telles que le typhus, etc., mais il imprime aux maladies ordinaires un caractère fâcheux.

Ceci nous conduit à parler des influences des épidémies. On sait qu'elles sont plus ou moins meurtrières, qu'elles sévissent plus ou moins cruellement sur quelques individus que sur d'autres; telle frappe mortellement les hommes, qui épargne les femmes et les enfants; telle autre est funeste à ceux-ci, lorsqu'elle effleure à peine ceux-là. Les personnes acclimatées sont généralement exemptes des épidémies, ou, si elles en sont atteintes, ce n'est que légèrement; les étrangers seuls y succombent. Dans d'autres cas plus rares le contraire a lieu. L'intensité de l'épidémie n'est pas la même dans toutes ses périodes; il y a un moment d'activité où la maladie frappe avec plus de violence, et un plus grand nombre de malades à la fois. Au commencement, elle est ordinairement plus bénigne, et vers le déclin surtout elle perd presque entièrement sa funeste énergie. Le pronostic devra donc varier suivant toutes ces circonstances.

Les professions ne sauraient être passées sous silence, comme pouvant aggraver ou diminuer le danger des maladies.

Il est des professions évidemment insalubres; ce sont celles qui mettent en œuvre des matériaux dangereux, ou qui exigent l'habitation de lieux malsains. Il en est qui nuisent par le genre d'exercice qu'elles exigent. On peut voir ce que nous avons dit à ce sujet dans notre Cours d'hygiène. L'ouvrage de Ramozzini, augmenté par M. Patissier, ne laisse rien à désirer à cet égard. C'est ainsi que la manipulation de matières animales altérées, que la respiration de gaz méphitique, d'air chargé d'émanations toxiques; que l'exercice violent ou le repos excessif; que les travaux intellectuels, etc., donneront aux maladies un aspect particulier, occasionneront la mort d'une manière plus ou moins inévitable. Il n'y aura pas de moyen plus efficace de guérison que de soustraire le malade aux causes de destruction auxquelles il est exposé. Le médecin aura le plus grand soin d'apprécier toutes ces circonstances avant de porter son jugement sur la maladie.

Circonstances générales de la maladie qui font varier le pronostic.

D'après les principes de la médecine organique, on pense bien que ce ne peut être que dans les dérangements survenus dans les organes que nous devons prendre nos bases de pronostic.

Le siége des maladies est sans contredit l'une des circonstances qui influent le plus sur le jugement qu'on doit en porter. Une même maladie n'entraîne certainement pas le même danger, si elle occupe tel organe ou tel autre, et le danger est d'autant plus grand, avons-nous dit, que l'organe est plus nécessaire à la vie.

En général les maladies qui occupent les membres sont moins dangereuses que celles qui occupent le tronc et la tête, et celles qui sont situées à l'extérieur sont moins souvent funestes que celles qui sont situées profondément. Un érysipèle des membres, également intense, les circonstances individuelles et accessoires étant les mêmes, est moins grave qu'un érysipèle du tronc, et celui-ci moins qu'un érysipèle de la face et de la tête. Une inflammation des muscles du thorax est une maladie plus légère qu'une inflammation de la plèvre, et celle-ci qu'une inflammation du parenchyme pulmonaire.

Une phlegmasie des gros intestins est moins à craindre qu'une phlegmasie des intestins grêles; celle-ci moins qu'une gastrite; la gastrite moins que la pneumonie; la pneumonie moins que l'encéphalite. Le gros intestin est moins indispensable que l'intestin grêle, celui-ci moins que l'estomac, l'estomac moins que le poumon, le poumon moins que le cerveau.

Je n'ignore pas que ceci est en contradiction avec ce qu'on professe aujourd'hui. Je n'ignore pas qu'on a fait de l'estomac le seul organe indispensable à la vie, et qu'à lui seul a été attribué le fatal privilége d'occasionner la mort. Mais nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire encore de combattre de semblables propositions : on paraît en être bien revenu.

L'action de l'estomac et des intestins peut être suspendue, plus ou moins long-temps, sans occasionner la mort; celle des poumons ne peut l'être qu'un moment; et si le poumon n'était pas un organe double, la pneumonie serait très-promptement mortelle. Aussi voyons-nous que lorsque cette phlegmasie atteint les deux poumons, la suffocation est imminente, et la mort ne tarde pas à frapper le malade.

Mais le cerveau, qui tient tous les autres organes sous sa dépendance, ne peut être enflammé sans faire craindre la mort; et si cet événement déplorable n'arrive pas plus promptement, c'est que, l'encéphale étant un organe multiple, ses parties se suppléent les unes les autres.

Par ces raisons une épistaxis sera moins fâcheuse qu'une hématémèse, et celle-ci moins qu'une hémoptysie, et l'hémoptysie moins qu'une apoplexie; bien entendu que nous ne parlons que d'hémorrhagies de même nature.

L'étendue d'une maladie fait varier son degré de gravité. Cette proposition n'a besoin que d'être énoncée : on conçoit bien qu'une pneumonie qui n'occupera qu'une légère partie du poumon sera moins grave que celle qui comprendra le poumon tout entier, et surtout que celle qui envahira les deux poumons à la fois. Cependant le lieu que la

même maladie occupe devra modifier ce jugement.

J'ai souvent eu occasion de voir des péripneumonies qui avaient leur siége à la partie antérieure du poumon, se terminer d'une manière funeste, bien qu'elles ne fussent pas très-étendues; une altération cérébrale d'un très-petit diamètre, située dans la protubérance annulaire, tue le malade avec promptitude, tandis qu'elle guérit rapidement partout ailleurs.

Le nombre des altérations qui existent en même temps doit faire tirer les mêmes conséquences. Il n'est pas rare de voir plusieurs organes attaqués à la fois.

On a vu toutes les membranes séreuses enflammées chez le même individu, plusieurs organes parenchymateux profondément altérés; les tubercules ne se bornent pas aux poumons; un rhumatisme peut être général, etc. Ce n'est pas seulement la même maladie qui peut attaquer ainsi plusieurs organes, mais des maladies différentes. Dans tous ces cas, on conçoit que le pronostic doit devenir plus fâcheux.

Si la désorganisation produite par la maladie est profonde, il y aura nécessairement beaucoup moins d'espoir de guérison; il est cependant des maladies qui ne laissent après elles que des traces légères, incapables de rendre compte de la mort; il en est même dans lesquelles nos moyens d'exploration ne nous ont encore rien fait découvrir jusqu'à ce jour. Il est vraisemblable que ces maladies ont leur siége dans les fluides. Il ne faut pas désespérer de voir découvrir un jour ces sortes d'altérations. Mais, de ce que l'on ne trouve souvent rien ou peu de chose après la mort, on ne peut s'empêcher de reconnaître en général qu'une profonde lésion de tissu ne soit plus difficile à guérir qu'une légère.

Il est cependant des lésions de tissu considérables, et qui guérissent même assez facilement; telle est l'hépatisation du poumon, ce qu'on doit attribuer à l'énergie de l'absorption dans ce viscère.

On trouve quelquefois aussi après la mort des altérations d'organes essentiels à la vie très-prononcées, et qui n'ont donné lieu à aucun symptôme; plusieurs de ces cas sont difficiles à expliquer, ce qui n'est pas une raison de méconnaître que les signes des maladies et les altérations organiques sont généralement en repport entre eux.

Plus l'organe affecté est inaccessable à nos agents thérapeutiques, et plus le pronostic est mauvais. Nos moyens médicaux agissent directement et indirectement. Ils peuvent agir directement sur la peau; ils peuvent agir directement aussi sur l'estomac, et c'est une des raisons pour lesquelles les maladies de ce viscère sont moins dangereuses que d'autres; mais ce n'est que par des voies détournées qu'ils parviennent aux autres organes. Comment voulez-vous que les médicaments arrivent sur le foie, la rate, le pancréas, etc.? Heureusement que la médecine possède des moyens puissants d'agir sur tous les viscères. Ainsi la diète, qui favorise l'absorption interstitielle à un aussi haut degré, la diète qui empêche en même temps d'introduire dans l'économie animale de nouveaux moyens de réparation et d'irritation, peut hâter la résolution de toutes les maladies, quel que soit leur siége. Un moyen non moins puissant, la saignée, enlevant une certaine quantité de sang de la masse générale, désemplissant les vaisseaux, favorise d'une manière non moins énergique que l'abstinence cette absorption interstitielle, auteur principal de la résolution des maladies. Mais ces moyens héroïques portent leur action sur le système entier, et n'agissent que médiatement sur l'organe affecté. Il est aussi, à la vérité, quelques remèdes spéciaux, c'est-à-dire dont l'action se fait plus particulièrement sentir sur un organe en particulier; il en est quelques autres de spécifiques, c'est-à-dire qui guérissent quelques maladies d'une nature spécifique; leurs vertus, entièrement empiriques, se dérobent à nos raisonnements. La foule des autres médicaments doit être portée sur l'estomac, y subir le travail de la digestion, pour être ensuite transmise par la circulation dans tous les points de l'économie animale! Comment supposer que le médicament destiné à un organe subira impunément tant de modifications, et ira porter son action bienfaisante directement sur l'organe où le médecin veut l'envoyer? Ne faut-il pas être doué d'une foi bien robuste pour croire que la nature se fasse ainsi le ministre complaisant de nos volontés? Aussi combien n'avons-nous pas souvent à décompter!

Une maladie sera donc d'autant plus facile à guérir qu'elle sera plus accessible à nos moyens curatifs, qu'elle reconnaîtra des moyens spéciaux ou spécifiques plus certains.

Une maladie qui aura résisté à tous les moyens de l'art, n'offrira nécessairement que peu de chances de succès, et d'autant moins que ces moyens auront été plus rationnels. Il est donc en général favorable qu'un malade n'ait point encore subi de traitement. Plus on aura mis en usage de remèdes convenables, et moins il en restera. Si les remèdes employés ont été suivis de quelque succès, on pourra espérer la guérison.

L'intensité d'une maladie est une circonstance défavorable. Plus une maladie est violente en effet, et plus il est à craindre qu'elle soit supérieure aux ressources de l'art et de la nature. Une maladie légère guérit pour ainsi dire d'elle-même; la même maladie plus forte guérit avec les secours de l'art; la même maladie plus violente résiste à tous les moyens et entraîne la perte du malade. On peut appliquer cette proposition à toutes les affections, à la pneumonie, à l'érysipèle, à la face, etc.

Quoique la maladie ne paraisse pas très-intense, si sa marche est insolite, anomale, on a tout à redouter; il est bon en général qu'une maladie ne s'éloigne pas d'un certain type. Quoiqu'on se soit fort élevé dans ces derniers temps contre cette idée, il est impossible de ne pas admettre qu'une maladie quelconque ne soit un être qui a sa naissance, son accroissement et sa fin. Eh bien! chaque maladie offre des traits particuliers, un caractère qui la distingue; ces traits, ce caractère, doivent se présenter dans un certain ordre pour que l'affection marche régulièrement. Si cet ordre est troublé, interverti, la terminaison est incertaine et souvent fatale. Posons un exemple : la pneumonie normale est caractérisée par la douleur profonde de côté, par la toux, l'expectoration facile de crachats sanglants, etc.; eh bien, si ces caractères distinctifs n'existent pas, bien qu'il y ait hépatisation du poumon, il y a fort à craindre que la maladie ne se termine mal. Si l'expectoration est supprimée, cela n'annoncera-t-il pas, ou que la concentration des forces est considérable, ou que la faiblesse directe est extrême; et dans l'un comme dans l'autre cas, la mort n'est-elle pas à redouter? S'il n'existe pas de douleur au côté, n'en faudra-t-il pas conclure que la sensibilité du malade est beaucoup diminuée, et cette diminution ne démontre-t-elle pas que les organes de l'innervation sont profondément altérés?

Enfin, cette anomalie dans les phénomènes morbides ne prouve-t-elle pas que tout l'organisme est dans un état de perturbation telle que toute résolution est impossible ?

Si toutes les circonstances précédentes influent à un si haut degré sur le pronostic, combien à plus forte raison la nature de la maladie n'exercera-t-elle pas d'influence ? Une inflammation simple se terminera en général par la guérison ; une inflammation spécifique sera souvent suivie de la mort ; la dégénérescence cancéreuse sera rebelle à tous les moyens de l'art, etc.

Les causes qui ont produit la maladie méritent beaucoup d'attention sous le rapport du pronostic. Lorsqu'elles sont de nature à avoir agi profondément, qu'elles ont pu déterminer dans l'économie animale des mutations graves, soit par leur durée, soit par leur violence, on devra peu présumer de nos ressources thérapeutiques. C'est ainsi, par exemple, que lorsque des chagrins cuisants, des passions violentes contrariées, telles que l'amour, l'ambition, ont pendant long-temps tourmenté quelque malheureux ; s'il vient à être frappé d'aliénation mentale, il existe alors peu de chances de guérison. Ce que nous disons de la durée des causes, nous devons le dire de leur intensité. Si la cause a frappé l'individu avec un degré de violence bien supérieur à sa force de résistance, la maladie qu'elle produit est sûrement mortelle. Lorsque d'une température douce on passe subitement à 8° ou 10° — o R., nous voyons les vieillards succomber avec une effrayante promptitude à des pneumonies invincibles. La persistance de la cause est une circonstance malheureuse. C'est alors que les moyens de l'art deviennent infructueux ; bien plus, au lieu d'être utiles, ils nuisent incontestablement. Ce sont de véritables poisons qu'on introduit dans l'organisme, et ces poisons sont d'autant plus funestes, qu'ils ôtent au malade la faculté d'être influencés par les mêmes moyens employés en temps opportun. Ainsi, lorsqu'une cause morale a fait naître quelque maladie, vous voyez cette affection persister au même degré, malgré les secours les plus rationnels lorsque la cause persiste. Cette persistance insolite dans les accidents est même un bon moyen de reconnaître la persistance de la cause, que bien souvent dans ces cas les malades s'obstinent à cacher. Si le froid rigoureux qui a déterminé les inflammations thoraciques continue pendant un certain temps, et qu'il soit difficile d'y soustraire les malades, malgré tous les soins les mieux entendus, la mort ne tardera pas à les atteindre. Ainsi, la violence des causes, leur longue incubation et leur persistance après le développement de la maladie, feront craindre un événement funeste ; il est inutile de dire que les circonstances contraires sont favorables.

La manière dont une maladie débute, les phénomènes plus ou moins violents ou extraordinaires qu'elle présente à son invasion, servent beaucoup au jugement qu'on doit en porter, bien que dans ce cas le jugement soit sujet à erreur. J'ai vu souvent des maladies débuter de la manière la plus grave, et ne devenir qu'une indisposition légère. J'en ai vu d'autres commencer sous les auspices les plus doux, croître rapidement et se terminer par la mort. Malgré ces exceptions, les phénomènes d'invasion sont la plupart du temps bien capables de faire juger quelle sera la maladie. Commence-t-elle par des frissons violents, longs et réitérés, on devra redouter une affection dangereuse ; le début par une syncope est plus redoutable encore, ces phénomènes annoncent presque toujours qu'un organe essentiel à la vie s'altère profondément.

Toutes les maladies n'ont pas une invasion brusque et tranchée : un grand nombre sont annoncées par des signes précurseurs, un prodrôme. Ce prodrôme est loin d'être sans intérêt pour le sujet qui nous occupe. A la vérité, la plupart des signes précurseurs sont vagues, généraux, applicables pour ainsi dire à tous les cas ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans le ramollissement du cerveau, par exemple, les phénomènes précurseurs sont d'une telle importance que, lorsqu'ils n'existent pas, il est impossible de reconnaître cette affection, et par conséquent de prévoir quel sera l'événement ; lorsqu'ils existent, au contraire, il est difficile de se méprendre sur la maladie et sur son issue ; c'est un des cas où les signes précurseurs sont du plus haut intérêt.

La durée d'une maladie, c'est-à-dire le temps écoulé depuis son invasion jusqu'au moment où l'on est appelé à porter son jugement, doit nécessairement influencer beaucoup celui-ci. En général, une maladie récente est plus facile à guérir qu'une maladie déjà ancienne. Cette raison seule suffit quelquefois pour empêcher de tenter la guérison. Une paralysie qui existe depuis des années, est nécessairement au-dessus de tous nos moyens, et le pronostic ne peut être que fâcheux ; il est fondé sur ce que toute paralysie persistante dépend de la destruction d'une partie de l'organe qui commande le mouvement, et sur l'impossibilité où se trouve la nature de reproduire l'organe détruit.

La marche décroissante d'une maladie doit faire espérer qu'elle se terminera bien ; son accroissement progressif doit faire craindre le contraire.

Telles sont les principales circonstances relatives à la maladie sur lesquelles le médecin doit s'appuyer pour porter son jugement. On voit qu'elles dérivent toutes de la connaissance de la maladie, du diagnostic local ou général : tant il est vrai que le diagnostic est la pierre angulaire de l'édifice médical ! Nous allons voir bientôt que les phénomènes morbides des divers appareils n'ont quelque valeur pronostique qu'autant qu'ils éclairent le diagnostic, et qu'ils sont produits par telle altération ou par telle autre. Nous verrons, par exemple, que l'impossibilité d'avaler, qui est toujours un signe fâcheux, ne l'est pas également, suivant qu'il est l'effet d'une angine, d'une paralysie de l'œsophage, d'un cancer de cet organe, ou de la faiblesse extrême d'un malade à l'agonie. Nous verrons que le vomissement, qui dépend d'une simple irritation gastrique, ne saurait avoir la même gravité que celui qui accompagne le cancer du pylore ; ainsi des autres phénomènes fonctionnels. Mais si le diagnostic est incontestablement la base de tout pronostic certain, combien ne nous sera-t-il pas plus facile de démontrer que tout traitement raisonnable ne saurait être fondé que sur lui ! Et dès lors que penser des déclamations absurdes de ces gens à courte vue qui osent dire qu'un médecin qui excelle dans le diagnostic des maladies ne sait cependant pas les traiter ? Et qui le saura donc ? Sera-ce celui qui aura puisé dans le Codex et les formulaires une vaine connaissance de médicaments et de prescriptions ? Mais sur quelles indications dirigera-t-il cet appareil effrayant ? Sur celles des symptômes, sans doute ? En attendant que, dans la dernière partie de cet ouvrage, nous mettions hors de doute que c'est la plus meurtrière de toutes les médecines, nous prions le lecteur de se souvenir de ce que nous avons déjà dit pages 34 et suivantes.

PHÉNOMÈNES MORBIDES

CONSIDÉRÉS COMME SIGNES PRONOSTIQUES.

PREMIÈRE SECTION.

PHÉNOMÈNES MORBIDES DES APPAREILS DE LA VIE INDIVIDUELLE CONSIDÉRÉS COMME SIGNES PRONOSTIQUES.

Les phénomènes morbides offerts par les divers appareils peuvent donc être considérés comme signes pronostiques, et après le diagnostic spécial des maladies, ce sont eux qui nous fournissent le plus de lumière pour prédire quelles seront la marche et l'issue d'une maladie.

Il est ici une règle plus générale que toutes celles que nous avons précédemment exposées : c'est que *plus un phénomène fonctionnel s'éloigne du type physiologique, et plus il est grave; moins il s'en éloigne, plus il est avantageux; et plus il s'en rapproche après s'en être éloigné, et plus il est d'un favorable augure.* Toute la séméiologie pronostique est contenue dans ces termes. En ayant égard aux circonstances générales que nous avons exposées, on pourrait pour ainsi dire se dispenser de développement : aussi avons-nous retranché bien des superfluités. Cependant cette règle n'est pas sans exception. Il arrive souvent qu'une fonction restée dans l'état sain, lorsque la position du malade, la nature et l'époque de la maladie exigeraient un grand trouble, est un signe fâcheux, en ce qu'il annonce un grand désordre dans l'économie animale. Il arrive aussi que quelques fonctions s'éloignent beaucoup de l'état naturel, et sont cependant des signes heureux : telles sont les sueurs copieuses dans certains moments, les urines troubles, sédimenteuses; les hémorrhagies, etc. Enfin il est censé que les personnes qui se livrent à l'étude de l'homme malade, ne savent pas apprécier à quel degré tel ou tel phénomène se rapproche ou s'éloigne du type normal. Ce sont toutes ces raisons qui exigent l'exposition au moins sommaire de tous les phénomènes morbides.

Nous abrégerons encore beaucoup cette exposition des signes pronostiques en ne faisant connaitre qu'une espèce de signes, laissant au lecteur le soin de déterminer la valeur du signe contraire : ainsi, lorsque nous aurons dit que tel phénomène morbide est funeste, nous nous abstiendrons de dire que le phénomène opposé est favorable. On ne saurait être trop avare du temps et de l'attention des lecteurs.

§ I. La diminution de la faim et même la répugnance pour les aliments qui se manifestent dans le principe des maladies aiguës n'annoncent rien de fâcheux ; ce phénomène est dans l'ordre naturel. Il n'est pas plus redoutable chez les hystériques et chez les hypocondriaques. Il est d'un mauvais augure lorsqu'il persiste dans les maladies de long cours et vers la terminaison des affections aiguës; le retour de l'appétit est alors un signe favorable.

Les personnes nerveuses, les hystériques, les hypocondriaques, sont souvent en proie à des faims dévorantes, qui n'indiquent aucun danger; la faim qui presse certaines femmes grosses est bien moins dangereuse encore.

L'augmentation de l'appétit dans l'invasion des maladies aiguës est un phénomène anormal qui annonce une marche irrégulière et conséquemment désavantageuse de la maladie. S'il survient dans les affections vermineuses, il n'emporte pas avec lui d'autre signification que celle de la maladie où il se montre. Nous pouvons en dire autant de l'augmentation de l'appétit chez les personnes affectées de cancer de l'estomac ; mais dans ce cas, ce signe est très-fâcheux, puisque la maladie est elle-même très-grave, la gravité des signes étant en rapport avec la gravité de l'affection qu'ils accompagnent. On observe l'augmentation de la faim dans quelques gastrites et gastro-entérites aiguës : ce signe sort de la marche ordinaire et n'annonce rien de bon ; lorsqu'il se montre dans les intervalles des accès de fièvres intermittentes, il doit faire présager leur persistance.

Dans les maladies organiques, peu de jours avant le terme fatal, il survient souvent un funeste accroissement d'appétit.

Le retour des forces doit accompagner l'augmentation de la faim et l'ingestion des aliments pour qu'elle soit d'un bon augure. L'augmentation de l'appétit qui apparait subitement après une longue anorexie sans cause ne saurait être favorable.

La perversion de l'appétit qu'on observe dans les maladies aiguës, est un bien plus mauvais signe que celle qui se montre dans les affections nerveuses, telles que la manie, l'hystérie, l'hypocondrie, et même dans l'aménorrhée, la chlorose, la grossesse, etc., à moins cependant que ces malades ne soient conduits à faire usage de substances toxiques.

Il est bon que la soif soit proportionnée avec l'intensité de la maladie. Une soif vive dans une forte irritation ne sera pas d'un mauvais présage ; une soif nulle dans ce cas serait bien à craindre. Mais la soif doit augmenter dans les paroxysmes, diminuer ensuite et s'apaiser par les boissons rafraichissantes prises modérément. Une soif excessive est cependant toujours fâcheuse, puisqu'elle annonce au moins une maladie violente. Il faut pourtant se rappeler que ce signe seul, ainsi que nous l'avons dit, n'a que très-peu de valeur. Mais si la soif inextinguible est d'un mauvais augure, c'est principalement vers le déclin des maladies, dans la convalescence, où les phénomènes morbides doivent aller en décroissant. Dans ce cas, on doit redouter une rechute ou reconnaitre que la maladie continue de marcher.

Lorsque la soif est accompagnée de l'horreur des liquides, et qu'un état spasmodique du pharynx empêche la déglutition, que ces phénomènes se montrent spontanément dans une maladie aiguë du cerveau, ou qu'ils sont le résultat de la morsure d'un animal enragé, ils sont presque constamment suivis de la mort.

La polydipsie, qui se montre dans quelques hystéries et dans certaines hypocondries, etc., n'entraine pas avec elle le même danger.

Lorsque la soif est peu intense et que les phénomènes d'irritation diminuent, on doit espérer la prompte résolution de la maladie; lorsqu'elle cesse complètement, mais avec conscience de la part du malade, cette adipsie est plus ou moins favorable, suivant que les autres symptômes diminuent ou persistent. Mais l'adipsie dans l'inflammation du cerveau et des méninges, signe ordinaire de délire, est d'un funeste présage. Il est bon, dans ce cas, que la soif reparaisse en même temps qu'on observe d'autres symptômes favorables.

Les dents et les gencives ne donnent pas un grand nombre de signes importants. On doit regarder comme annonçant le bon état des organes di-

gestifs la solidité et la blancheur des dents. Les enduits qu'elles revêtent dans quelques maladies sont plus ou moins redoutables. Lorsque cet enduit est sec et noir, ou lorsque les dents sont sèches et luisantes, on doit craindre une terminaison fâcheuse.

Le grincement des dents, qui a lieu dans les affections du cerveau, est un des signes les plus funestes; il l'est cependant moins chez les personnes irritables et nerveuses. Chez les enfants, dans les affections vermineuses, il n'est pas autrement à redouter; il l'est moins encore lorsqu'il survient dans le sommeil d'une personne saine.

Chez les personnes avancées en âge, le grincement des dents est beaucoup plus grave; il annonce souvent une affection du cerveau mortelle.

Le claquement des dents qui accompagne le frisson fébrile indique la violence de l'accès; et lorsqu'il précède une phlegmasie, il doit faire craindre qu'elle ne soit intense.

Les gencives pâles et blanches annoncent la faiblesse et souvent le marasme; les enduits qui les couvrent offrent les mêmes indices que ceux de la langue, dont nous allons parler.

L'augmentation excessive du volume de la langue est un signe alarmant lorsque la suffocation devient imminente. Sa diminution réelle, qu'on observe dans le deuxième degré des maladies de long cours, et qui est un des caractères du marasme, indique une mort presque certaine.

Il est très-fâcheux dans les maladies aiguës que la langue paraisse plus petite que dans l'état naturel, et qu'elle soit en même temps sèche, rude, pointue, rouge, et qu'elle sorte difficilement de la bouche.

Le tremblement de la langue est souvent l'avant-coureur d'une terminaison funeste; la difficulté de ses mouvements n'est pas un signe moins dangereux.

Les aphthes qui recouvrent la langue ne sont pas seulement un signe, ils sont souvent eux-mêmes une maladie. Cette affection est quelquefois grave; elle est ordinairement le partage de l'enface; j'ai cependant observé des éruptions aphtheuses chez les personnes avancées en âge; cette éruption, qui n'est ordinairement que la continuation d'une éruption semblable qui occupe le canal alimentaire, est rarement suivie de guérison dans notre hôpital. On en voit cependant des exemples assez nombreux chez les auteurs.

Il est en général bon que la langue conserve son humidité, quoique la mort arrive souvent malgré ce signe favorable. La sécheresse de la langue, indiquant une irritation violente, annonce que la maladie se résoudra difficilement. Ce présage est d'autant plus certain, que la langue est plus rouge, plus lisse, plus luisante ou plus gercée et fendillée. Tous ces caractères sont plus ou moins sinistres; ils perdent toute valeur s'ils sont dus à ce que les malades dorment la bouche ouverte.

Plus l'enduit qui couvre la langue est épais, poisseux et adhérent, et plus la maladie sera opiniâtre et difficile à guérir. L'enduit jaune ou verdâtre de la langue, qui se montre dans quelques maladies du foie et autres, n'annonce pas toujours le même danger; ce danger est relatif à la maladie elle-même.

La couleur brune ou noire de la langue est un des signes les plus redoutables dans les maladies : il faut se garder de porter un pronostic trop favorable; on s'exposerait à de fréquents démentis de la part de la nature.

Les maladies dans lesquelles la langue contracte une consistance ligneuse se terminent rarement par le retour à la santé.

Il est presqu'inutile de dire que toutes les fois que la langue reprend sont état naturel après avoir présenté quelqu'un des caractères que nous venons d'exposer, il faut espérer la résolution de la maladie.

Les altérations diverses qui se manifestent sur les parties qui composent l'arrière-bouche n'ont qu'une valeur pronostique relative à l'espèce de maladie à laquelle elles appartiennent. Le gonflement simplement inflammatoire de ces parties est peu grave, à moins qu'il ne soit porté au point d'empêcher la déglutition ou la respiration. Si ce gonflement est consécutif, par exemple à la syphilis, on peut affirmer que la maladie guérira difficilement. Celui qui présentera le caractère cancéreux sera plus rebelle à nos moyens, et menacera le malade d'une mort plus ou moins prompte. La simple infiltration de ces organes, lorsqu'elle est méconnue, peut entraîner aussi une terminaison funeste; mais le pronostic est cependant alors bien moins grave que celui de l'affection précédente. Les enduits divers qui recouvrent la membrane de l'arrière-bouche fournissent peu de signes pronostiques; pourtant si l'on reconnaissait que l'enduit grisâtre qui tapisse quelquefois ces régions est le résultat de la gangrène, le pronostic serait nécessairement fâcheux. Les abcès qui se forment dans les amygdales ou dans le voisinage, les ulcérations qui rongent le voile du palais, sont plus ou moins dangereux, et leur danger est presque toujours relatif à leur étendue, à la rapidité de leur marche, à leur nature, etc.

Les dérangements offerts par la déglutition sont loin d'avoir la même signification.

L'accélération de cette fonction est peu grave lorsqu'elle accompagne l'hystérie ou toute autre névrose chronique; il n'en est pas de même si elle a lieu dans le délire aigu. Dans ce dernier cas, elle est toujours redoutable, mais plus ou moins, suivant la nature de la maladie, et suivant les circonstances accessoires.

La déglutition peut être difficile, douloureuse et même impossible pour plusieurs causes, et la gravité du pronostic n'est pas la même dans toutes ces circonstances.

L'inflammation du pharynx, de l'œsophage, de la langue, du voile du palais, etc., qui rend la déglutition tout-à-fait impossible, est une maladie quelquefois dangereuse, mais qui guérit le plus souvent.

Le gonflement œdémateux qui produit cet effet est souvent suivi de la mort.

Mais rien ne peut s'opposer à la terminaison funeste du cancer qui occasionne la difficulté ou l'impossibilité d'avaler, soit que la maladie ait son siége directement dans les organes de la déglutition, soit que, située dans le voisinage, elle vienne comprimer le pharynx ou l'œsophage.

Il n'en est pas ainsi d'un abcès dans ces régions, lequel peut déterminer les accidents les plus graves, mais qui guérit la plupart du temps par une ouverture spontanée ou artificielle.

La paralysie qui rend la déglutition impossible est une maladie rare et toujours funeste; car, à supposer que l'altération cérébrale qui la produit vînt à guérir, si cette paralysie persiste, il faut nourrir le malade d'une manière mécanique, ce qui ne peut pas durer long-temps.

Lorsque l'impossibilité de la déglutition est pro-

duite par un état spasmodique, elle peut être légère quand ce spasme est le résultat d'une affection morale vive; un peu plus fâcheuse, mais cependant peu redoutable, lorsqu'elle dépend d'une affection nerveuse, telle que l'hystérie ou l'hypocondrie, etc.; très-grave lorsque l'hydrophobie l'occasionne.

Si l'œsophage est comprimé par une tumeur scrophuleuse, anévrysmatique, osseuse, etc., le péril est toujours grand; mais il est plus ou moins imminent, selon l'espèce de maladie et son développement.

La déglutition rendue impossible par la faiblesse extrême des malades est un signe mortel. Les fluides, en tombant dans l'œsophage, font un bruit particulier, signalé par Hippocrate, et qui annonce une fin prochaine.

L'allongement de la luette occasionne une envie illusoire d'avaler; ce signe est peu important. La destruction du voile et des os du palais qui permet aux aliments de remonter par les fosses nasales est une maladie en général incurable.

Lorsqu'il ne serait pas de la dernière évidence que le pronostic dérive du diagnostic, que sans cette connaissance précise tout n'est que vague, qu'incertitude, qu'erreur, ce que nous venons d'exposer suffirait pour le démontrer sans réplique. A chaque instant nous sommes obligés, pour déterminer la valeur d'un signe, de le rattacher à la maladie dont il dépend. Examinons-nous l'impossibilité de la déglutition, nous sommes forcés de chercher les causes organiques qui la produisent, pour déterminer avec rigueur la signification pronostique. Combien alors cette signification est-elle exacte et précise, satisfaisante pour l'esprit! Cet exemple seul ne démontre-t-il pas aussi d'une manière irrécusable quelle immense supériorité la *médecine organique* a sur la médecine empirique des anciens et des modernes, leurs serviles copistes? Pouvaient-ils, les anciens, avoir les connaissances nécessaires qui conduisent à cette certitude, puisqu'ils étaient privés des ouvertures de corps? Pouvaient-ils sans les ouvertures de corps *soupçonner* même si l'impossibilité d'avaler, pour ne pas sortir de l'exemple qui nous occupe, était due à une inflammation, à un cancer, à un anévrysme, etc.? Quelle idée auraient-ils pu avoir de ces altérations organiques, puisqu'ils ne les avaient jamais vues? et dès lors comment auraient-ils pu chercher à les distinguer, puisqu'ils ne les connaissaient pas? Comment auraient-ils établi un pronostic certain, puisqu'ils ignoraient ces différences fondamentales? Comment enfin auraient-ils cherché à les combattre chacune par les moyens qui leur conviennent? Qu'on cesse donc de nous vanter cette prétendue supériorité dont on veut toujours nous accabler, et qu'il nous soit permis enfin de chercher à nous débarrasser de ces langes antiques.

Certes Hippocrate fut un homme de génie, un grand homme. Il fit tout ce qu'on pouvait faire de son temps, et nous lui devons une religieuse reconnaissance. Il sera à jamais un phénomène digne d'admiration parmi les intelligences humaines; d'autres ont aussi marché glorieusement sur ses traces. Mais préférer cette médecine à la médecine organique, c'est préférer l'ébauche imparfaite de l'enfance à la maturité de l'âge adulte.

Nous allons voir la confirmation de ce que nous venons de dire dans le pronostic à tirer du vomissement, et nous pourrons en faire l'application à la plupart des phénomènes morbides. Les envies de vomir ou nausées ne sont pas dangereuses dans la grossesse, dans l'embarras gastrique, dans les gastrites légères; elles le deviennent par leur persistance. On peut en dire autant de celles qui se montrent dans l'hystérie, l'hypocondrie et l'épilepsie. Dans les inflammations des méninges, du péritoine, dans le cancer de l'estomac, dans les hernies étranglées, etc., ce signe précurseur du vomissement annonce un péril plus ou moins grand.

Le vomissement qui dépend d'une maladie de l'estomac varie, sous le rapport du pronostic, suivant la nature et l'intensité de l'affection.

Lorsque le malade vomit facilement et sans douleur, on doit penser que la maladie n'est pas grave; si le vomissement est difficile et douloureux, il indique une maladie violente, et qu'il n'est pas toujours au pouvoir du médecin de surmonter.

Si le vomissement est la suite de l'ivresse ou d'une indigestion, il est en général peu dangereux. Il ne l'est guère davantage dans l'embarras gastrique simple. Le danger est plus grand dans la gastrite, surtout lorsqu'elle est intense; enfin, le pronostic est très grave lorsque le vomissement est le signe d'un cancer de l'estomac.

Le vomissement étant un acte du cerveau, ainsi que nous l'avons prouvé page 68, il peut être purement nerveux dans quelques circonstances: ainsi le vomissement produit par la titillation de la luette, par la vue d'un objet dégoûtant, par une odeur ou une saveur nauséabonde, par un simple souvenir, présentera ce caractère, et ne sera accompagné d'aucun danger.

Par la même raison, le vomissement sera quelquefois produit par la maladie d'un organe éloigné, et dans ce cas il sera plus ou moins grave, selon la nature de cette affection, etc.

Les maladies du cerveau occasionnent souvent le vomissement; il sera plus ou moins funeste suivant que la maladie sera plus ou moins susceptible de résolution: ainsi on le considérera comme mortel dans les tubercules cérébraux, dans le cancer, dans les tumeurs fongueuses de la dure-mère, dans le ramollissement; il le sera moins dans l'hémorrhagie cérébrale, surtout si elle est peu étendue et point centrale; moins encore dans la congestion; mais il pourra être fatal dans la méningite et dans le tétanos.

Le vomissement qui accompagne l'hystérie, l'épilepsie, l'hypocondrie et surtout la grossesse, n'offre rien de redoutable.

Le vomissement provoqué par certaines substances ingérées dans le ventricule est plus ou moins grave, selon la nature plus ou moins toxique de cette substance.

La plupart des maladies aiguës graves commencent par le vomissement. Il semble que la nature veuille se débarrasser des matières contenues dans l'estomac, et nous indiquer par là quelle conduite nous devons tenir.

Le vomissement n'a rien de dangereux par lui-même: le péril est relatif à la maladie qui va naître.

Ainsi, dans la pleurésie, dans la pneumonie, la péricardite, l'angine, dans les maladies de la peau, le vomissement est plus ou moins grave, suivant que la maladie est elle-même plus ou moins dangereuse. Dans les efforts de toux les malades vomissent souvent: si cela arrive dans le catarrhe pulmonaire, il y a peu à craindre; dans la phthisie, au contraire, c'est un signe fâcheux.

Le vomissement est d'un mauvais augure dans la péritonite, dans la néphrite, la métrite, et principalement dans la hernie étranglée.

Le vomissement opiniâtre est toujours un mau-

vais signe; il l'est cependant moins lorsqu'il dépend d'une maladie nerveuse.

On peut en dire autant de celui qui exaspère les accidents.

Le vomissement exaspère les accidents dans la gastrite intense, dans le cancer de l'estomac; dans l'hémorrhagie et la congestion cérébrales, en augmentant le *raptus* vers le cerveau.

Quant au vomissement qu'on appelle critique, comme il est suivi de la diminution ou de la disparition des accidents, il est superflu de dire qu'il est avantageux.

La non-existence du vomissement dans les maladies où il doit exister ne doit pas être regardée comme favorable. Ainsi, dans le cancer de l'estomac, cette circonstance peut annoncer l'ulcération du pylore ou l'envahissement total du ventricule. Cependant on peut dire, en général, que la cessation du vomissement est d'un bon augure.

Le pronostic s'éclaire beaucoup des qualités diverses que présentent les matières vomies.

Lorsque ces matières sont des aliments, le pronostic est, en général, peu fâcheux, surtout si les substances alimentaires sont nauséeuses, ou si elles sont rejetées dans une indigestion. Si l'estomac ou tout autre viscère souffre déjà, le pronostic varie selon la nature de l'affection.

Si le malade vomit des médicaments, le pronostic ne sera pas le même si ces médicaments sont de nature à provoquer le vomissement ou si cet acte est l'effet de la maladie.

Les matières muqueuses rendues par le vomissement, non plus que les précédentes, n'indiquent rien de bien précis par elles-mêmes; leur signification est bien différente, en effet, si elles sont le résultat d'un état simplement nerveux, de la grossesse, d'une gastrite ou d'un cancer commençant de l'estomac.

On a dit que le vomissement d'une bile jaune ocre annonçait un grand danger; que le vomissement de matière verte était encore plus à craindre. Nous pensons que ces vomissements, étant les signes ordinaires d'une irritation très-prononcée, annoncent une affection grave, mais ils ne sont pas essentiellement mortels.

Les vomissements noirs sont bien plus redoutables : ils annoncent toujours un péril plus ou moins imminent. Cependant il faut distinguer ceux qui dépendent d'une simple exhalation, sans altération préalable du tissu de l'estomac, de ceux qui sont la suite de l'ulcération du ventricule.

Le vomissement de matières stercorales est toujours dangereux, même lorsqu'il est le signe d'une hernie étranglée, dont on peut faire cesser les accidents au moyen de l'opération. Ce phénomène est presque toujours mortel lorsque l'étranglement qui le produit est intérieur.

Le sang que les malades vomissent fait présager une mort prochaine lorsqu'il survient dans le cancer ulcéré de l'estomac. Ce signe est bien moins funeste lorsqu'il est le résultat d'une simple exhalation morbide, surtout si elle est supplémentaire des règles, par exemple. Si le sang rejeté par le vomissement provient d'un organe éloigné, tel que les bronches ou les fosses nasales, la valeur pronostique de ce signe différera suivant l'altération qui aura donné lieu à l'hémorrhagie. C'est donc constamment au diagnostic qu'il en faut revenir!

Il est rare que l'hématémèse soit critique : dans ce cas, il est inutile de dire qu'elle est d'un présage heureux.

Le vomissement de pus est toujours un mauvais signe, soit qu'il dépende de la suppuration de l'estomac ou de l'ouverture d'un abcès dans cet organe.

Les fausses membranes, qu'on a quelquefois rencontrées dans les matières vomies, ne pouvant être que le résultat d'une violente inflammation, sont d'un pronostic fâcheux. Il n'en est pas ainsi des vers, dont la présence n'offre rien de bien dangereux, à moins qu'ils ne soient eux-mêmes l'épiphénomène d'une maladie grave, telle que le typhus, etc. Les kystes annoncent une altération qui peut avoir des suites funestes.

Lorsque les matières vomies sont épaisses, de couleur café au lait, elles sont souvent le signe d'une maladie mortelle; le pronostic est encore plus certain si elles sont brunes comme de la suie.

L'abondance considérable des matières vomies est un mauvais signe; leur odeur fétide offre le même caractère; leur odeur aigre est moins fâcheuse.

Cette vérité, que la médecine est toute dans le diagnostic, devient de plus en plus palpable. A peine avons-nous commencé l'examen des phénomènes morbides, que nous nous sommes vus forcés, dès nos premiers pas, d'interroger le diagnostic pour savoir à quoi nous en tenir sur le pronostic. Dans ce qui nous reste à exposer, nous serons à chaque instant obligés de recourir à la même source de lumières.

La constipation est un nouvel exemple de ce que nous avançons. Est-elle le résultat d'une irritation intestinale légère, elle n'est point un signe de mauvais augure; est-elle due au contraire aux changements organiques que l'âge détermine dans le système nerveux, est-elle le résultat du peu de sensibilité et de contractilité des intestins, elle peut alors devenir extrêmement funeste, ainsi que nous en avons cité des exemples.

La constipation n'étant qu'un symptôme, il est incontestable que sa valeur pronostique doit changer, suivant la maladie à laquelle il appartient. Si elle est accompagnée d'une autre évacuation abondante, elle n'a aucune signification par elle-même. Elle n'offre rien de grave lorsqu'elle survient dans la convalescence, ou que pendant la maladie elle succède à quelque purgation, à moins que, dans ce dernier cas, elle ne soit très-opiniâtre. Elle est très-grave lorsqu'elle est l'effet de l'altération de la moelle épinière; elle l'est beaucoup moins dans l'hystérie, l'hypocondrie, la manie; dans l'apoplexie, elle peut avoir de fâcheux inconvénients. Elle est dangereuse dans le cancer de l'estomac et des intestins. Lorsqu'elle est occasionnée par une tumeur qui comprime le rectum, elle est plus ou moins fâcheuse, suivant la difficulté plus ou moins grande qu'on éprouve à faire cesser cette compression. Elle est rarement mortelle dans la colique des plombiers; elle l'est constamment dans l'occlusion intérieure des intestins; elle est toujours dangereuse lorsqu'elle accompagne la hernie étranglée.

Le dévoiement présente aussi des différences essentielles et nombreuses dans sa valeur pronostique. Lorsqu'il est le résultat de l'irritation de la membrane muqueuse intestinale, il est plus ou moins dangereux selon le degré d'irritation de cette membrane. Lorsqu'il dépend de l'affaiblissement, du relâchement extrême de la membrane muqueuse et des glandes mucipares, il doit faire présager une maladie longue et souvent mortelle. Lorsqu'il est colliquatif, il annonce une terminaison fatale et prochaine.

Les douleurs intestinales sont occasionnées par un si grand nombre de maladies, qu'elles ne signifient rien si on les isole de ces affections. Elles sont

peu graves si elles sont produites par une indigestion, par l'usage de quelques substances laxatives, telles que le lait, les raisins, etc.; par les vers intestinaux mêmes, par des gaz, par un état nerveux particulier; si elles dépendent de l'inflammation de quelque viscère, elles varient encore, suivant l'organe malade et suivant l'intensité de la maladie. Lorsqu'elles sont occasionnées par l'entérite ou la gastro-entérite, elles sont à craindre; elles le sont plus encore dans la péritonite. Celles qui déterminent l'hépatite, la métrite, la cystite, la néphrite, etc., offrent aussi beaucoup de danger. Mais ce danger est relatif à l'intensité et à la continuité de ces douleurs.

Les douleurs d'entrailles qui accompagnent la colique des peintres, quoique d'une violence excessive, sont moins à redouter que celles qui sont inflammatoires.

Les tumeurs contre nature, qu'on reconnaît dans l'abdomen, sont presque toutes d'un mauvais augure. Il n'y a guère que celles qui sont formées par l'accumulation des matières fécales, et par des gaz, qui soient peu dangereuses. Celles qui sont l'effet de la dégénérescence profonde des tissus, sont toujours d'un funeste présage, surtout lorsque l'organe qu'elles occupent est très-essentiel à la vie, et qu'elles en empêchent plus ou moins l'action, soit par leur siége, soit par leur étendue. Celles qui résultent du déplacement d'un viscère ou de son hypertrophie ne sont pas à beaucoup près aussi dangereuses; les ossifications et les dilatations des gros vaisseaux sont constamment mortelles, mais non pas immédiatement.

Les tumeurs molles, indolentes, mobiles, peu étendues, susceptibles de disparaître, sont en général moins alarmantes que celles qui sont douloureuses, adhérentes, persistantes, dures et volumineuses. Ce sont principalement ces dernières qui entraînent la perte des malades.

Les gaz intestinaux qui se dégagent et qui météorisent le ventre dans les inflammations des intestins, sont en général d'un augure défavorable; mais le pronostic est des plus fâcheux lorsque ces gaz arrivent vers le déclin des maladies avec d'autres signes de grande prostration des forces. Lorsque des gaz sont dégagés en grande quantité dans l'état physiologique, ils n'annoncent rien autre chose que la faiblesse des organes digestifs.

La difficulté de l'excrétion des matières alvines, de la défécation, est un mauvais signe dans le cancer du rectum; il l'est moins, mais encore beaucoup, dans les tumeurs et les ulcères syphilitiques, moins encore dans les hémorrhoïdes. Lorsque la défécation est douloureuse et difficile à cause de l'inflammation du rectum, elle est plus ou moins fâcheuse, suivant la violence de l'inflammation. Dans les abcès et les fistules de l'anus, la difficulté de l'excrétion alvine n'ajoute rien au pronostic de la maladie; elle est peu grave dans les affections vermineuses.

Le ténesme est un signe assez grave dans la dyssenterie; il l'est plus encore dans le cancer de la vessie et du col de l'utérus.

La difficulté de la défécation produite par la paralysie du rectum, qui elle-même est une suite d'une altération de la moelle épinière, est ordinairement au-dessus des ressources de l'art.

La défécation involontaire, avec perte de la conscience, est du plus sinistre présage. Il peut arriver cependant que dans quelques hémorrhagies cérébrales, et dans les accès de fièvres intermittentes pernicieuses, ce phénomène se présente, et cependant que le malade guérisse. Lorsqu'on l'observe vers la fin des maladies, elle est un signe d'agonie. Ce phénomène est bien moins redoutable lorsqu'il est le symptôme de quelque affection locale du rectum, ou d'un besoin impérieux d'aller à la garde-robe.

Après avoir examiné l'acte de la défécation, nous devons fixer notre attention sur les matières excrétées. Lorsqu'elles sont le résidu d'aliments, ce qui a lieu dans le plus grand nombre de cas, elles peuvent être plus ou moins consistantes. Leur dureté accompagne la constipation, et n'offre pas d'autres signes pronostiques; il en est de même de leur peu de consistance qui accompagne le dévoiement et qui indique les mêmes choses. Elles ont un caractère dangereux lorsqu'elles ressemblent à du blanc d'œuf. La bile qu'elles renferment indique une irritation assez vive; les aliments mal digérés décèlent la faiblesse des organes digestifs : c'est un état fâcheux.

Le sang qu'elles contiennent est en général un mauvais signe. S'il dépend de l'inflammation, il en désigne la violence et par conséquent le danger. S'il est simplement exhalé sans inflammation préalable, il est dangereux, s'il dépend d'une affection du cœur, d'une disposition scorbutique; il l'est moins dans une exhalation active, dans une exhalation supplémentaire surtout, lorsqu'il est facile de rappeler l'hémorrhagie suppléée; il l'est peu dans le flux hémorrhoïdal; mais il offre beaucoup de gravité lorsqu'il provient d'un cancer ou d'une altération intestinale, de la rupture d'un anévrysme, etc.

Il peut arriver qu'une hémorrhagie intestinale juge une maladie; cette crise est cependant très-rare.

Le danger de l'hémorrhagie varie encore suivant la quantité de sang excrété; on conçoit bien que, plus l'hémorrhagie est considérable et opiniâtre, plus elle fait courir de péril au malade.

Quelle que soit leur nature, les déjections trop copieuses, et qui produisent l'épuisement des forces, sont dangereuses; moyennes, elles sont favorables; nulles, elles offrent des inconvénients.

Les matières alvines blanches ou grisâtres sont fâcheuses, surtout chez les vieillards; jaunes, safranées, elles n'offrent rien de bon; rouges, elles n'ont pas d'autre signification que celle que donne la présence du sang; la couleur verdâtre est assez naturelle; quant à la couleur brune, noire, elle peut être funeste lorsqu'elle dépend d'une affection organique.

Leur fétidité, lorsqu'elle est excessive, est d'un mauvais présage.

Indépendamment des différences que nous venons d'exposer, on a encore distingué les déjections en critiques et symptomatiques. Ce sont principalement ces dernières qui viennent de nous occuper.

Les déjections critiques sont celles qui sont suivies d'une amélioration sensible dans l'état du malade, et de la diminution des accidents ou même de leur cessation complète. Il est quelques circonstances qui peuvent faire espérer que la crise aura lieu.

§ II. La circulation était une fonction générale, participant à toutes les autres fonctions, communiquant avec tous les organes et toutes les parties du corps humain, il n'est nullement étonnant qu'elle soit dérangée toutes les fois qu'il existe un certain trouble dans un organe quel qu'il soit. La circulation est non seulement altérée dans les maladies des organes chargés de l'exécuter, ou dans ceux qui la régissent, mais encore dans toutes les autres; d'où il suit que les troubles de cette fonction sont

généralement sympathiques et par conséquent très-utiles au pronostic.

Avant de porter un jugement, il est cependant nécessaire de savoir si le cœur ou les gros vaisseaux ne sont point affectés. Lorsqu'on les trouve sains, on doit chercher quelle est la maladie existante; car bien que les signes pronostiques fournis par la circulation aient beaucoup de valeur par eux-mêmes, encore varient-ils suivant l'espèce d'affection qu'ils accompagnent.

Les phénomènes morbides que présente l'appareil circulatoire sont très-graves lorsqu'ils dépendent d'une lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux, puisqu'il est presque constant que ces maladies sont au-dessus de nos moyens thérapeutiques.

Le pouls fréquent est en général un mauvais signe, surtout lorsque sa fréquence est extrême; ce signe a moins de valeur lorsqu'il dépend de quelque névrose ou d'un état particulier de l'encéphale. Il est même bon que, dans les maladies aiguës, le pouls acquière une légère fréquence. Il est bien autrement fâcheux que l'extrême fréquence du pouls soit l'effet d'un affaiblissement excessif que celui d'une violente irritation : dans ce dernier cas, quoique très-grave, ce phénomène n'ôte pas tout espoir de salut.

Vers la fin d'une maladie aiguë, si le pouls redevient fréquent, on devra craindre une rechute; on en conclura du moins que la maladie n'est point encore entièrement résolue; mais, pour tirer cette conclusion, il faut qu'il existe d'autres symptômes; la fréquence du pouls ne peut suffire pour faire porter ce jugement, puisqu'il est très-ordinaire que le pouls soit fréquent dans la convalescence des maladies. Il est très-bon que le pouls reprenne son type normal.

Je ne saurais partager l'opinion des médecins qui pensent que la fréquence du pouls dans l'apoplexie et dans la *paralysie* est un bon signe, qu'elle fait espérer une heureuse terminaison. J'ai presque toujours vu dans ce cas une terminaison funeste. La fréquence du pouls annonce qu'il se forme dans le cerveau, autour de l'épanchement, un travail inflammatoire.

Il est plus fâcheux que le pouls soit fréquent le matin que le soir; il est assez naturel qu'à l'heure du paroxysme le pouls augmente de fréquence.

Lorsqu'il y a cent vingt pulsations par minute, le danger est grand; la mort est presque toujours inévitable lorsqu'il y a cent cinquante pulsations.

Lorsque le pouls est très-rare, cela dépend ordinairement d'une maladie fâcheuse, principalement de celles du cœur et du cerveau, qui sont, comme on sait, le plus souvent mortelles. Plus la rareté est grande, plus la fin du malade est imminente.

La vitesse et la lenteur du pouls, quoique jusqu'à un certain point distinctes de sa fréquence et de sa rareté, ont cependant à peu près la même signification.

Quoique la dureté du pouls indique en général une maladie violente, elle n'est cependant pas d'un mauvais augure dans le principe des maladies aiguës; elle est un signe de force, et prouve qu'il existe des ressources chez le malade. La dureté du pouls, qui persiste vers la fin des mêmes maladies, est moins favorable; elle fait connaître que la résolution n'est point opérée.

Le pouls dur, qu'on observe dans les maladies nerveuses, n'offre rien de dangereux.

Dans le système des crises, on pense qu'avant les évacuations critiques le pouls devient mou. Le pouls mou qui survient vers le déclin d'une affection et succède au pouls dur annonce la résolution de la maladie, lorsqu'avec cela il est accompagné d'autres signes favorables.

En général il est difficile qu'une seule qualité du pouls puisse avoir quelque valeur bien positive; il faut pour cela qu'elle soit réunie à quelques autres caractères. Ainsi, lorsque le pouls est fréquent, il n'a pas la même signification s'il est fort ou s'il est faible; il en est de même de sa vitesse, etc.

Le pouls grand précède, dit-on, les mouvements critiques; il est en général d'un bon augure dans le commencement et même vers le déclin des maladies aiguës; mais il faut qu'il conserve une certaine force.

Dans les affections comateuses, lorsqu'après avoir été concentré il se développe et devient grand, on doit redouter un travail dans le cerveau, et conséquemment une terminaison funeste.

Le pouls petit est un signe fâcheux, il l'est moins cependant lorsqu'il dépend de la concentration des forces. Lorsque le pouls est petit dans le principe d'une maladie, qu'il conserve ce caractère, et surtout qu'il devient plus fréquent, plus petit, misérable, il est l'avant-coureur d'une mort prochaine.

Le pouls fort est sans contredit le meilleur de tous dans le commencement et dans l'état des maladies; il est moins bon vers leur déclin, parce qu'il fait voir que la maladie ne se résout pas, et qu'elle peut passer à l'état chronique, ou même se terminer d'une manière funeste. Quoi qu'il en soit, cette qualité du pouls est préférable à toutes les autres, puisqu'elle est l'indice le plus sûr d'une bonne disposition, d'une somme de forces considérables, etc., et le signe le moins équivoque des ressources de la nature.

Ce signe est moins favorable, il est moins fâcheux, s'il dépend de l'hypertrophie du cœur.

Si la force du pouls était portée à un point extrême, il cesserait d'être un bon signe.

La signification de la force du pouls varie aussi dans les maladies où on l'observe : ainsi, dans les affections cérébrales, bien loin d'être un signe favorable, il est ordinairement d'un mauvais présage; il annonce alors un travail profond dans cet organe, ce qui est toujours redoutable. Les auteurs ont donc eu tort de donner ce signe comme bon.

Le pouls faible qui succède à un pouls fort, après des évacuations sanguines abondantes, après des hémorrhagies copieuses et dans les névroses, n'indique aucun danger. Dans toutes les autres circonstances, on peut regarder la faiblesse du pouls comme un phénomène redoutable.

L'irrégularité constante du pouls, accompagnant une maladie organique du cœur ou des vaisseaux, doit faire craindre une terminaison funeste, quoique l'époque en soit plus ou moins éloignée. Celle qui survient dans les maladies aiguës, lorsqu'elle existe avec d'autres symptômes de prostration, est le signe précurseur d'une fin prochaine. Quant au pouls irrégulier qui précède une crise, nous pensons qu'il est rare que cela arrive ainsi. Le pouls dicrote précède rarement les hémorrhagies; de même que le pouls inégal appelé myure, la crise par les urines; ainsi de suite. Ces faits ont pu se rencontrer quelquefois, mais nous croyons qu'il faut être très-réservé sur la confiance qu'on leur accorde. En général, l'irrégularité du pouls est un mauvais signe.

Tout ce que nous venons de dire du pouls irrégulier doit s'entendre du pouls inégal. Lorsque le pouls irrégulier ou inégal s'observe dans les affections vermineuses, dans l'hystérie, l'hypocondrie;

enfin lorsqu'il devient irrégulier, intermittent, inégal, sous l'influence encéphalique, à moins que la maladie du cerveau ne soit grave de sa nature, ces signes ne sont point alarmants. Il importe aussi de remarquer les autres qualités du pouls; elles font varier la valeur pronostique des irrégularités et des inégalités, suivant qu'elles sont bonnes ou mauvaises.

Lorsque dans les maladies aiguës le pouls devient insensible, confus, et qu'il existe en même temps d'autres signes d'un profond abattement, la mort est imminente. Il n'y a d'exception que pour les syncopes, les asphyxies, et généralement pour les accès des maladies nerveuses.

Lorsque la circulation cesse de se faire dans un membre, et que cette cessation a été précédée du défaut d'isochronisme dans le pouls pendant quelques jours, la mort n'est pas éloignée.

Les pulsations de l'aorte ventrale sont dangereuses lorsqu'elles dépendent d'une maladie organique de ce vaisseau; mais elles le sont beaucoup moins lorsqu'elles surviennent dans certaines maladies aiguës : dans ce cas, elles disparaissent ordinairement avec l'irritation qui les produit.

La circulation capillaire mérite sous le rapport du pronostic l'attention de l'observateur. Nous savons que le système capillaire est le siége des hémorrhagies; nous aurons occasion de revenir sur ce sujet important lorsque nous traiterons des exhalations.

Les ecchymoses spontanées décèlent une altération profonde de l'organisme; cependant cette altération, quoique profonde, se termine souvent d'une manière favorable.

Les taches livides, les marbrures de la peau, ont aussi leur siége dans ce système : lorsqu'elles arrivent vers le déclin des maladies aiguës avec d'autres signes de prostration, elles précèdent de peu d'instants la mort du malade. Elles sont graves dans les maladies du cœur, dans lesquelles elles font connaître le mauvais état de la circulation; elles sont d'un présage beaucoup moins sinistre lorsqu'elles sont produites par le froid ou par le frisson fébrile. La couleur livide ou pâle de la peau présente à peu près la même signification; elle annonce la langueur de la circulation, et l'on sait que quelque auteurs, et en particulier Leroy, de Montpellier, en ont fait la cause de la cessation de la vie. Nous reviendrons aussi sur ce sujet en parlant de l'habitude extérieure du corps.

La couleur livide plombée ou pâle de la peau arrive après des évacuations excessives de sang, de sperme, après un dévoiement abondant, etc.; elle est alors un signe d'épuisement, mais qui n'annonce cependant pas un danger inévitable.

Quand ces nuances surviennent à la fin des maladies aiguës ou de quelque maladie organique, on doit redouter le terme fatal.

La couleur rosée de la peau est un signe de l'activité de la circulation capillaire, du bon état des forces et d'une réaction énergique; elle est donc en général d'un bon augure; mais trop forte ou trop persistante, elle est quelquefois le signe d'une inflammation mortelle ou de quelque congestion sanguine irremédiable.

Le gonflement des veines est un indice de polyæmie, et par conséquent offre la même signification pronostique que le phénomène précédent.

Le gonflement des veines qui survient dans les cancers est un signe fâcheux. Celui qui est occasionné par la compression d'un tronc veineux principal est plus ou moins grave, suivant que la tumeur est plus ou moins susceptible de guérison. Dans la grossesse par exemple, lorsque les veines des membres pelviens se gonflent, on conçoit bien que ce signe n'a rien d'alarmant, et qu'il doit disparaître avec la cause qui le produit.

Le gonflement permanent des veines constitue une maladie connue sous le nom de varices. Cette maladie, qui n'est pas dangereuse, est presque toujours au-dessus des ressources de l'art. Si l'on en croit l'histoire, Marius mourut de cette maladie, mais à la suite de l'opération tentée pour la guérir.

Les battements de jugulaires, qui accompagnent quelquefois les anévrysmes des cavités droites, est un mauvais signe. Ceux qu'on observe dans les anévrysmes par anastomoses sont moins graves, puisqu'une opération peut guérir le malade; mais ils n'en sont pas moins le signe d'une affection assez dangereuse.

La couleur bleue de la peau, qu'on remarque dans les affections du cœur très-avancées, est l'effet de la stase du sang dans les veines : c'est un phénomène d'un mauvais augure, puisqu'il caractérise le dernier degré d'une affection mortelle.

Le sang qui jaillit d'une artère offre plus de danger que celui qui s'échappe d'une veine ou que celui qui s'épanche du réseau capillaire, toutefois à quantité égale.

La prédominance de la partie fibrineuse dans le sang décèle assez rigoureusement la polyæmie, la force de l'individu et les ressources qu'il peut offrir au traitement que son état réclame.

L'épaisseur de la couenne inflammatoire est en rapport avec l'intensité de la phlegmasie. C'est un signe favorable qu'elle diminue graduellement dans les saignées successives. Son augmentation annonce au contraire que l'inflammation fait des progrès.

La proportion plus grande de sérum est un signe d'anémie et de faiblesse dans le sujet. J'ai cependant vu quelques malades offrir de véritables signes de pléthore et chez lesquels la sérosité était excessivement abondante.

Les signes pronostiques donnés par la circulation lymphatique sont peu nombreux, obscurs et peu certains.

Le gonflement des glandes cervicales est plus ou moins fâcheux, suivant la cause qui le produit. Il est peu grave dans l'angine, lorsque celle-ci est elle-même bénigne. Il est plus lent, mais n'entraîne que peu d'inconvénients lorsqu'il est produit par la teigne; le plus redoutable est celui qu'occasionnent les dispositions scrofuleuse et cancéreuse.

Les prénotions que nous pouvons tirer des désordres de l'action du cœur sont loin d'avoir toutes la même signification. Lorsque ces désordres sont sympathiques ou qu'ils sont déterminés par une influence nerveuse, ils ne doivent inspirer aucune crainte. Ils sont fort alarmants au contraire lorsqu'ils caractérisent une maladie organique de l'instrument principal de la circulation.

Des palpitations survenues graduellement, fortes, continues, persistantes, sont d'un mauvais augure.

Des palpitations légères, fugaces, intermittentes, se manifestant subitement chez de jeunes sujets nerveux, à la suite de quelques excès dans les travaux intellectuels, ou de quelque affection morale vive, n'ont rien de grave.

Après d'abondantes hémorrhagies, les palpitations n'ont rien d'effrayant; moins encore après un violent exercice du corps. Celles qui accompagnent les affections vermineuses, celles qui se montrent chez les hystériques, les hypocondriaques, les goutteux, dans l'aménorrhée, ne sont pas très-fâcheuses : elles

n'ont d'autre danger que celui de la maladie dans laquelle on les observe.

Dans le commencement des hypertrophies ou des anévrysmes du cœur, les palpitations sont intermittentes, et pour lors elles sont graves; il est des signes propres à faire discerner ces cas.

Un état pléthorique occasionne quelquefois des battements de cœur, et même altère leur régularité; dans ce cas, ces signes ne sont pas fâcheux.

La force des battements du cœur n'est pas toujours, comme on l'a prétendu, l'indice certain des forces d'un individu, et ne prouve pas qu'il offre des ressources thérapeutiques.

L'exploration au moyen du cylindre donne encore moins de signes pronostiques que diagnostiques. Le danger de l'anévrysme du cœur est d'autant plus grand, que le bruit s'entend plus loin et qu'il est plus éclatant.

Plus l'impulsion est forte, plus le choc se fait sentir et plus l'hypertrophie atteint son dernier degré; dans ce cas, le mouvement imprimé est en même temps d'une grande lenteur.

Les divers bruits insolits morbides qu'on perçoit à l'aide du stéthoscope, étant en général le signe d'une altération du tissu du cœur, sont des signes funestes.

Nous devons en dire autant des changements bien marqués et persistants dans l'ordre, la succession, la durée, enfin le rapport successif des mouvements des diverses parties du cœur. Lorsqu'ils annoncent des altérations organiques, ils sont du plus mauvais augure.

La cessation momentanée de l'action du cœur constitue le principal phénomène de la syncope, accident peu grave chez les personnes nerveuses et dans l'état de santé, mais fâcheux lorsqu'il signale l'invasion des maladies aiguës, ou qu'il survient dans leur cours ou à leur déclin sans cause appréciable; non moins fâcheux à la suite d'hémorrhagies très-abondantes et dans la dernière période des maladies organiques.

Le cœur cesse encore son action, mais d'une manière consécutive, dans l'asphyxie; ce phénomène est souvent mortel, quelle que soit la cause asphyxiante.

§ III. La fréquence de la respiration est généralement un mauvais signe. Dans les phlegmasies des organes respiratoires, elle annonce que la maladie est profonde, et par conséquent dangereuse. Ainsi, il est fâcheux que la respiration soit fréquente dans la pleurésie, dans la pneumonie, dans le catarrhe, dans l'hydrothorax, etc., et le danger est proportionné à cette fréquence. La respiration fréquente, quoique peu favorable dans les maladies organiques du cœur, n'entraîne cependant pas un danger aussi imminent. On voit beaucoup de malades chez lesquels ce symptôme disparaît d'un moment à l'autre, et qui en perdent jusqu'au souvenir.

La fréquence de la respiration est d'un mauvais augure dans la péritonite, dans l'hépatite, la gastrite, et autres inflammations des viscères abdominaux. Elle est moins redoutable dans l'ascite et dans l'hydropisie enkystée, bien qu'elle soit aussi d'un fâcheux présage.

Dans la pléthore, dans la congestion pulmonaire simple, on doit moins craindre la fréquence de la respiration. Il en est de même dans les affections vermineuses, dans les maladies nerveuses, etc.

Il faut que la respiration soit très-rare pour qu'elle soit le signe d'un péril prochain. La respiration légèrement rare n'est pas un signe fâcheux; mais si le malade n'a plus que quelques inspirations éloignées, séparées par de longs intervalles, il est sur le point d'expirer.

La grandeur de la respiration est une condition avantageuse lorsqu'elle est volontaire et seule, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas accompagnée de symptômes fâcheux. Si le malade éprouve en même temps beaucoup de difficulté à respirer, si la poitrine s'élève, si les ailes du nez se dilatent, cette espèce de respiration grande est loin d'être favorable.

Je n'ai jamais observé qu'une seule respiration grande, qui ne reparaît qu'après de longs intervalles, fût un avant-coureur du délire, ainsi qu'on l'a prétendu; je ne vois entre ces deux phénomènes aucune relation nécessaire : rien ne s'oppose cependant à ce que cela n'arrive quelquefois de la sorte.

La petitesse de la respiration, annonçant en général que l'air pénètre difficilement dans les organes respiratoires, est un mauvais signe; mais le danger qui l'accompagne est plus ou moins grand, suivant que l'affection thoracique est plus profonde, que la faiblesse générale est plus prononcée, ou que les maladies éloignées qui déterminent la petitesse de la respiration sont elles-mêmes plus graves.

Le présage qu'on doit tirer de la difficulté de respirer est aussi plus ou moins fâcheux, suivant la cause organique qui l'accasionne. Elle n'annonce rien de bon dans la pneumonie, la pleurésie, le catarrhe, etc.; mais comme dans ces maladies, qui affectent le principal organe de la respiration, il est naturel que cette fonction soit gênée; cette gêne ne devient d'un mauvais augure que lorsqu'elle est portée à un assez haut degré. Dans les maladies chroniques des viscères thoraciques, la difficulté de respirer est un mauvais signe, mais n'annonce pas un danger immédiat.

Lorsqu'elle est l'effet d'une faiblesse extrême, on doit craindre que le malade ne succombe prochainement.

Je ne sais quelle confiance mérite l'assertion d'Hippocrate, qui prétend qu'on peut s'attendre à une parotide considérable lorsqu'il existe une grande difficulté de respirer avec tension de l'hypocondre, fièvre aiguë et horripilation.

On doit mal augurer d'un malade qui est pris subitement d'une grande difficulté de respirer, et de ceux qui ont besoin de rester sur leur séant pour exécuter cette fonction.

Lorsque la dyspnée est continue dans les affections organiques du cœur, des gros vaisseaux ou du poumon, la maladie est alors parvenue à son dernier degré, et le péril est pressant. Lorsqu'elle n'est qu'intermittente, les progrès du mal ne sont point encore très-grands; la mort n'est pas prochaine, mais elle arrive tôt ou tard.

Lorsqu'après avoir fait une grande inspiration le malade éprouve dans quelque point du thorax une gêne, une douleur, une titillation qui provoquent la toux, le médecin doit craindre une altération de quelque partie des organes respiratoires.

Il est inutile de dire que la respiration facile annonçant toujours le bon état des organes qui l'exécutent, est une disposition heureuse.

Les différentes sortes d'inégalités qu'on remarque dans la respiration ne sont pas toutes également dangereuses; elles le sont plus ou moins, suivant qu'elles s'éloignent plus ou moins aussi de l'état naturel, mais aussi suivant la maladie où elles se montrent. Elles ne sont nullement redoutables lorsqu'elles surviennent dans des spasmes ou dans des affections morales vives; lorsqu'une conforma-

tion vicieuse du thorax les produit, elles n'ont d'autre danger que celui du vice de conformation, lequel rend plus graves les maladies thoraciques. Mais lorsque les inégalités, les intermittences de la respiration sont la suite d'une maladie aiguë du cerveau et des méninges; lorsqu'elles arrivent vers le déclin des maladies aiguës, elles offrent le présage le plus sinistre.

Les divers bruits que la respiration fait entendre à l'oreille nue ne sont pas en général d'un heureux augure; celui que produit le croup dans sa première période est très-redoutable; le sifflement qu'on observe dans les maladies organiques du cœur et de l'aorte est un signe plus grave encore.

Lorsque la respiration suspirieuse, luctueuse, gémissante, a lieu dans les affections tristes de l'âme, elle n'est point alarmante, quoiqu'elle ne soit point une condition favorable dans les maladies; mais lorsque ces phénomènes sont occasionnés par une grande douleur, par une maladie cérébrale, par une faiblesse profonde, ils annoncent un état d'autant plus grave que le malade est habituellement plus courageux, et qu'il a moins la conscience de sa position.

La valeur pronostique de la respiration stertoreuse est variable, suivant la maladie qu'elle accompagne. Après les attaques d'épilepsie, dans le sommeil comateux qui leur succède, ce signe n'a rien de dangereux; il n'en est pas ainsi dans les affections aiguës du cerveau, telles que l'hémorrhagie, le ramollissement, etc., et dans les phlegmasies du poumon lorsque l'expectoration ne peut plus avoir lieu; dans ce dernier cas, le stertor est prestoujours l'avant-coureur d'une mort inévitable.

Le ronflement offre à peu près les mêmes signes; il est peu à craindre lorsqu'il dépend de quelques tumeurs des fosses nasales.

Dans les inflammations des poumons, lorsque la température de l'air expiré est très-élevée, la maladie est violente, et par conséquent dangereuse. Le péril est plus imminent lorsque l'altération des organes respiratoires est telle que l'air ne subit plus aucun changement, et qu'il est expiré au degré de la température de l'atmosphère. On dit alors que la respiration est froide; c'est la respiration de la plupart des agonisants.

Les signes à déduire de la fétidité de l'air expiré n'ont pas tous une valeur égale, quoiqu'on puisse en général considérer cette qualité de l'air comme défavorable; bien entendu que nous ne voulons pas parler des personnes dont la respiration est fétide dans l'état physiologique. La fétidité de l'air expiré dans la suppuration du poumon est un signe mortel; celle qui accompagne la gangrène du même organe annonce la mort d'une manière plus inévitable.

Dans les cas d'adynamie, c'est aussi un signe fâcheux; il l'est moins dans les abcès à la bouche, dans le scorbut, pendant l'usage du mercure, etc.

L'auscultation nous a fourni, dans l'examen de la respiration, des signes diagnostiques importants; nous allons voir quels signes pronostiques elle peut donner.

La respiration puérile peut être regardée comme mauvaise, puisqu'elle annonce qu'une partie du poumon est imperméable à l'air; mais le danger varie suivant la nature de l'affection qui produit cette imperméabilité.

L'absence de la respiration dans un point de la poitrine est une circonstance d'autant plus fâcheuse que ce point est plus étendu; mais elle n'est pas constamment mortelle : on voit fréquemment disparaître la maladie qui l'occasionne, ce qu'on reconnaît par le retour graduel de la respiration.

Si la respiration ne s'entend pas, et que le son rendu par la percussion soit cependant très-clair, c'est un signe fâcheux, mais moins dans l'emphysème que dans le pneumothorax, qui est promptement suivi de la mort.

Plus la cessation de la respiration est rapide et prompte, et plus elle est accompagnée de danger.

Le râle crépitant qui décèle le premier degré de la pneumonie est le symptôme d'une maladie grave, mais qui n'est pas décidément mortelle. Celui qui se fait entendre dans le catarrhe, et quelquefois dans l'emphysème du poumon, n'offre rien de bien dangereux; celui qui accompagne l'œdème l'est davantage.

Le râle muqueux ou gargouillement est bien plus redoutable. Il est souvent le précurseur immédiat de la mort, puisqu'il survient dans la plupart des agonies. Il est très-fâcheux, mais a des degrés divers, dans l'apoplexie pulmonaire, dans l'hémoptysie bronchique, dans la suppuration qui termine la pneumonie, dans les cavités pulmonaires à moitié remplies de pus. Il l'est moins dans le catarrhe appelé muqueux.

Le râle sec, sonore, ou ronflement, n'a point encore de signification pronostique déterminée, puisque sa cause organique n'est pas encore bien connue. S'il annonce des fistules pulmonaires, il ne peut être que d'un mauvais présage.

Le râle sibilant est le moins grave de tous, à moins cependant qu'il ne soit produit par une exhalation bronchique augmentée consécutivement à une affection organique du cœur, ce qu'on observe fréquemment.

Le tintement métallique est toujours d'un mauvais augure.

La percussion du thorax étant un des moyens de diagnostic les plus sûrs, les signes pronostiques qu'elle fournit n'ont pas moins de certitude, et sont très-précieux.

Lorsque la percussion rend un son mat dans les régions où ce son doit être clair, c'est une preuve que l'air ne pénètre plus dans le tissu pulmonaire, ou qu'un corps étranger tel que de l'eau, ou tel qu'une tumeur, est interposé entre le poumon et les parois thorachiques. Dans tous ces cas, la matité du son est un signe fâcheux. Plus le son est profondément mat, et plus il occupe d'espace, plus il est dangereux. Le son mat n'est cependant pas toujours un signe mortel, la pneumonie étant une maladie qui se termine souvent par résolution. Plus le son devient rapidement mat, et plus le présage est funeste.

Lorsque le son mat dépend de l'épanchement d'un fluide dans la cavité pleurale, il n'annonce rien de favorable; mais l'épanchement purulent est le plus fâcheux; l'épanchement de sang ne l'est guère moins; et l'épanchement de sérosité varie sous le rapport du danger suivant l'affection qui lui donne naissance.

Le son est quelquefois plus clair que dans l'état naturel; dans ce cas, si cette augmentation de résonnance est due à un emphysème du poumon, elle est peu grave; elle est mortelle lorsqu'elle dépend d'une vaste et profonde excavation du poumon ou d'un pneumothorax.

Le rire de l'idiotisme n'a rien de dangereux; celui qui survient dans les maladies aiguës du cerveau ou des méninges, qui accompagne le délire idiopathique ou symptomatique, est fâcheux. Il l'est infiniment moins dans l'hystérie, l'hypocondrie, la manie.

Lorsque le bâillement est le phénomène précur-

seur d'une maladie aiguë, il ne peut avoir que peu de valeur, puisque la maladie n'existe pas encore.

Il est peu effrayant lorsqu'il se montre dans l'accès de quelque névrose chronique. Mais on doit en tirer un augure funeste dans les affections aiguës du cerveau ou des méninges, primitives ou consécutives.

Si l'éternuement n'est que l'effet de l'irritation de la membrane pituitaire produite par une phlegmasie de la peau, ou par un coryza direct, c'est un signe pour ainsi dire insignifiant ; il n'en est pas de même lorsqu'il est le résultat de la congestion cérébrale et de l'imminence d'une apoplexie.

Le hoquet mérite à peine notre attention dans les névroses chroniques, telle que l'hystérie, l'hypocondrie, etc. Lorsqu'il est produit par la présence de vers dans l'estomac, ou de substances dépravées, sans être dangereux, il ne doit pas être négligé. Il est très-fâcheux dans la péritonite, dans la hernie étranglée, dans les phlegmasies violentes de l'abdomen. Il est souvent le sinistre avant-coureur de l'agonie.

Lorsque la toux est sympathique, ce qui arrive, avons-nous dit, bien plus rarement qu'on ne pense, elle est plus ou moins fâcheuse, selon la maladie dont elle dépend.

Est-elle idiopathique, elle est l'effet d'altérations si variées, qu'il est bien difficile de lui assigner une valeur absolue. Quoi qu'il en soit, la toux qu'on nomme gutturale est funeste lorsqu'elle est le symptôme de la phthisie laryngée ou trachéale. Elle est bien mois grave dans l'angine et dans la bronchite, quoique dans ces dernières affections elle soit quelquefois suivie de la mort. La toux sèche n'a rien d'alarmant dans la première période de la bronchite; elle est plus fâcheuse dans la pleurésie, dans la péricardite, dans l'hépatite, dans l'hydrothorax, etc., et plus encore dans les diverses espèces de phthisies. Il faut craindre la toux rauque dans le croup et dans la phthisie pulmonaire; elle est moins dangereuse dans l'angine trachéale.

Plus la toux est opiniâtre et durable, plus elle est forte et douloureuse, plus elle est défavorable.

L'expectoration douloureuse, difficile ou même impossible, est une circonstance fâcheuse; car si elle est douloureuse, ce ne peut être qu'à cause de l'intensité de l'inflammation des organes chargés de l'exécuter. Si elle est difficile, cette difficulté peut être attribuée à la même cause ou à la faiblesse très-grande du malade. Enfin, si elle est impossible, ces causes sont portées à un très-haut degré, ce qui ne peut être que d'un augure funeste. La suppression subite de l'expectoration dans la pneumonie et même dans la phthisie pulmonaire annonce la mort des malades.

Il est fâcheux que l'expuition et le crachement soient difficiles et douloureux; mais comme cette difficulté dépend ordinairement de l'inflammation d'organes moins essentiels à la vie que le poumon, la plèvre ou le cœur, ce signe est moins dangereux que ceux que nous venons d'exposer.

Ainsi que le plus grand nombre des phénomènes morbides, les matières expectorées n'ont qu'une valeur pronostique relative.

Les crachats blancs, opaques, homogènes, qui se détachent avec facilité, annoncent une terminaison favorable. Des crachats jaune-serin, safranés, opaques, puriformes, sont de mauvais augure.

Des crachats jaunes, mais diaphanes, adhérents aux parois du vase, médiocrement abondants, sont fâcheux en ce qu'ils font connaître qu'il existe une pneumonie, mais font espérer la résolution.

Dans les ictères fort avancés, les crachats prennent cette couleur, et offrent plus de danger lorsqu'ils dépendent d'une affection organique que d'une inflammation du foie. Par cette raison, ils sont plus graves chez les vieillards que chez les jeunes sujets.

Les crachats gris-cendré, fétides et abondants, sont d'un très-funeste augure. Lorsqu'ils sont noirs, ce qui est très-rare, ils sont d'un très-mauvais présage. Toutefois il faut en excepter ceux à qui des matières répandues dans l'atmosphère peuvent communiquer cette couleur.

Des crachats d'une saveur âcre sont mauvais; des crachats douceâtres sont pires encore; très-chauds, ils décèlent la violence de l'irritation, et par conséquent font connaître qu'il existe du danger; froids, la prostration la plus profonde et l'imminence de la mort.

L'odeur fétide et repoussante des crachats ne se montre que dans des maladies qui doivent se terminer d'une manière funeste, excepté dans le scorbut et dans la salivation mercurielle; mais, dans ces cas, la matière bronchique se mêle avec la salive.

Les crachats écumeux indiquent qu'il existe de la difficulté à expectorer, ce qui est plus mauvais dans les maladies aiguës que dans les maladies chroniques des organes respiratoires.

Les crachats appelés séreux n'ont que peu de valeur par eux-mêmes; symptômes d'une affection du cœur, ils ont la signification pronostique de cette maladie. Lorsqu'on les observe dans la phthisie, dans la pleurésie chronique, etc., on doit en dire la même chose; lorsqu'ils sont muqueux, transparents, ils sont généralement peu fâcheux, à moins qu'ils ne soient consécutifs aux maladies dont nous venons de parler. Visqueux, gluants, adhérents aux parois du vase, ils sont loin d'être sans danger, puisqu'ils peuvent indiquer une pneumonie.

Il est fâcheux que les matières expectorées soient très-abondantes, quelle que soit leur nature; leur suppression totale et subite est plus redoutable encore.

Toute la valeur pronostique des crachats sanglants dérive du diagnostic, c'est-à-dire de la cause organique qui les produit. Ainsi se trouvent à chaque instant confirmés nos principes de médecine organique.

Les crachats sanglants qui proviennent des fosses nasales, de l'arrière-bouche, des gencives, sont en général peu alarmants : il faut craindre davantage ceux qui viennent des bronches, et plus encore ceux qui viennent du poumon.

Les crachats sanglants qui viennent des bronches n'ont rien de bien dangereux lorsqu'ils se montrent chez un sujet fort, robuste, sanguin, pléthorique, qui n'a jamais eu d'affections thoraciques, et après une cause excitante qui peut avoir agi directement sur cette partie.

L'hémoptysie bronchique supplémentaire, quoique fâcheuse chez les femmes, où elle est fréquente, n'est cependant pas très-dangereuse.

L'hémoptysie bronchique est un phénomène critique rare et d'un mauvais caractère.

L'hémoptysie bronchique consécutive d'une affection du cœur n'est pas aussi prochainement dangereuse qu'on pourrait le croire : j'ai souvent vu de ces hémorrhagies soulager les malades et prolonger leurs jours; elle offre cependant toutes les chances fatales de la maladie dont elle dépend.

Le sang, mêlé à des crachats muqueux, opaques, abondants, naissant en général des bronches, annonce une bronchite violente, et qui peut se terminer par la mort. Si ces crachats viennent à la suite d'une pneumonie, ils sont très-dangereux; dans la phthisie plus encore.

Mêlés en petite quantité, en forme de stries, avec des matières glaireuses, filantes, transparentes, ils indiquent que le malade expectore avec peine, et que des efforts réitérés de toux ont produit quelque légère déchirure dans les bronches; ils sont peu graves.

Le sang qui vient du poumon par exhalation peut arriver par les mêmes causes que le sang des bronches. Il offre alors la même signification pronostique; toutefois avec un peu plus de danger, vu l'importance de l'organe et la délicatesse de son tissu qui peut s'altérer avec la plus grande facilité.

Il peut aussi venir d'une altération préalable du poumon, et alors l'hémoptysie est un accident des plus redoutables. Quoiqu'on ait présumé dans ces derniers temps que la phthisie pulmonaire était susceptible de guérison, cependant l'hémoptysie symptomatique de cette affection est un signe alarmant; celle qui résulte d'une apoplexie pulmonaire est moins grave, mais elle ne laisse pas d'entraîner la mort dans la majorité des cas.

Le sang qui provient de l'inflammation du poumon est un mauvais signe, puisqu'il décèle l'existence d'une affection grave; mais la pneumonie étant une des maladies dans lesquelles la puissance de l'art éclate davantage, on ne doit pas se hâter d'en tirer un fâcheux augure.

Les crachats sanglants symptomatiques d'une pneumonie doivent être rouillés, jaunes, rouges, transparents, légèrement écumeux, médiocrement abondants, se détachant avec facilité. S'ils sont trop sanglants, rouges lie de vin, opaques, s'ils se détachent difficilement, ils annoncent que la résolution sera difficile ou n'aura pas lieu.

La présence du pus dans les crachats sanglants est une circonstance très-malheureuse, même lorsque ces crachats sont purement bronchiques. Lorsque par hasard ils sont produits par une fonte tuberculeuse, le danger est encore plus imminent. C'est aussi un accident très-grave que le pus d'un foyer, formé dans des organes plus ou moins éloignés, se fasse jour dans les bronches, quoique ce soit cependant la seule voie possible de guérison.

Les corps étrangers contenus dans les matières expectorées ne sont presque jamais un signe favorable, bien qu'il soit préférable que ces corps soient chassés au dehors que retenus au dedans; mais ils font connaître l'existence d'une maladie grave. Il est heureux pour les enfants affectés de croup que les fausses membranes formées dans la trachée, dans les bronches ou dans le larynx, soient rejetées par l'expectoration ou les efforts du vomissement.

§ IV. On peut tirer de l'exploration de la chaleur animale quelques inductions pronostiques assez précieuses. Lorsque la chaleur est portée à un très-haut degré, qu'elle est très-opiniâtre, malgré les moyens qu'on met en usage pour la combattre, elle annonce une irritation très-violente, et même elle doit faire craindre l'inflammation d'un organe important à la vie. Elle est dans ce cas un mauvais signe.

Il est bon au contraire que la chaleur soit modérée; elle annonce un état de forces satisfaisant et une réaction salutaire.

On ne doit pas s'alarmer d'une chaleur même très-vive dans le paroxysme d'une maladie aiguë; l'exaspération des phénomènes morbides est naturelle dans ce moment.

Une chaleur insupportable n'a rien d'effrayant dans les maladies nerveuses, telles que l'hystérie, etc.

La chaleur qui succède au frisson fébrile n'a d'importance que relativement à son intensité et à sa durée : elle est en effet plus fâcheuse lorsqu'elle persiste long-temps et avec une grande violence; elle n'a d'ailleurs d'autre signification que celle de la maladie où elle survient.

La chaleur partielle est plus funeste que la chaleur générale, lorsqu'elle accompagne une phlegmasie intérieure. La chaleur des parois thoraciques ou abdominales dans la pleurésie, la pneumonie, la péritonite, etc., annonce une inflammation violente des organes malades, et par conséquent un grand danger. Il en est de même de la chaleur extérieure de la tête dans la méningite, etc. Cette chaleur, lorsqu'elle est excessive, insupportable, doit faire redouter une mauvaise terminaison.

La chaleur partielle qu'on observe dans quelques maladies de long cours annonce un travail inflammatoire récent dans l'organe affecté, la suppuration de cet organe, et partant un péril imminent. Dans les mêmes maladies, la chaleur à la poitrine, à l'épigastre, à la paume des mains, à la plante des pieds, avec ou sans sueur, annonce la fièvre hectique, et précède la mort.

Dans les phlegmasies extérieures, la chaleur est moins redoutable. Les chaleurs partielles vagues, qui se manifestent sans cause dans diverses régions du corps pendant les phlegmasies du cerveau et des méninges, sont un mauvais signe; elles annoncent un trouble profond dans l'organisme. Le même phénomène n'est nullement dangereux dans l'hystérie.

Aux époques de l'apparition et de la disparition des menstrues, les femmes éprouvent des bouffées de chaleur au visage, signes de la pléthore qui existe alors chez elles; chez les unes, parce que l'évacuation sanguine n'est pas encore établie, et chez les autres, parce qu'elle n'a plus lieu : cette polyæmie n'est en général qu'incommode.

Une chaleur intérieure brûlante, coïncidant avec le froid extérieur, est un mauvais signe; elle annonce une profonde concentration des forces, une irritation violente dans quelques viscères avec défaut de réaction.

La chaleur alternant avec l'horripilation à une certaine époque des phlegmasies, a été donnée comme un signe de suppuration des viscères, ce qui est souvent exact, et cette terminaison est presque constamment fâcheuse.

Le type de la chaleur continue, rémittente ou intermittente, n'a d'autre signification pronostique que celle de la maladie dont il est un des principaux caractères.

La chaleur douce, halitueuse, est plus favorable que la chaleur sèche, âcre et mordicante, laquelle décèle ordinairement une phlegmasie intense ou une phlegmasie d'un viscère essentiel.

La chaleur continue augmentant toujours, annonce que la maladie fait des progrès, et conséquemment est d'un augure fâcheux.

La diminution de la température mérite aussi de fixer notre attention.

Le froid qui précède les maladies aiguës annonce en général une altération d'autant plus profonde qu'il est plus violent et plus durable.

Le froid général et continu est un signe très-redoutable, il annonce la chute complète des forces et une mort prochaine. C'est ce qu'on remarque après des pertes excessives.

Le froid précède quelquefois les phénomènes critiques, il est alors d'un bon augure; s'il survient dans le cours d'une maladie, il est presque toujours fâcheux.

La sensation du froid, comme celle de la chaleur, peut être vraie ou illusoire; cette dernière est bien plus fâcheuse que l'autre : elle fait connaître que le cerveau n'est pas dans son état normal.

Le froid est intermittent, rémittent et continu. Nous ne croyons pas à l'assertion de Galien qui prétend qu'on doit reconnaître le type d'une fièvre intermittente au caractère du premier frisson.

Dans les fièvres intermittentes, il est favorable que le froid diminue graduellement dans les accès successifs, et qu'il cesse enfin complètement.

Les frissons vagues, irréguliers, dans une partie, avec chaleur brûlante d'une autre partie, se montrent dans les maladies du cerveau et de ses annexes, et doivent faire craindre pour les jours du malade.

Le froid ainsi que la chaleur est local ou général. Celui qui se manifeste sur les parois correspondantes à un organe enflammé doit faire redouter la suppuration de cet organe.

Il existe un danger de mort imminent lorsque les extrémités sont frappées d'un froid continu et glacial. La fin du malade est plus prochaine encore lorsque le froid est accompagné d'une sueur poisseuse et glacée.

Le frisson qui précède les accès de névroses périodiques n'a rien d'alarmant; ce frisson a souvent son siége sur le trajet de la moelle épinière. Il est dangereux dans le tétanos.

Dans un grand nombre de cas, le froid alterne avec la chaleur; ces alternatives, lorsqu'elles arrivent chez les femmes au moment où elles deviennent aptes à concevoir et où elles cessent de l'être, n'ont rien de grave, non plus que dans les maladies nerveuses. Il n'en est pas de même dans les maladies aiguës.

§ V. Les phénomènes morbides des appareils exhalants offrent un assez grand intérêt sous le rapport du pronostic. La perspiration cutanée joue un rôle important parmi les exhalations; lorsqu'elle est augmentée au point de produire la sueur, dans les maladies, elle est digne de toute l'attention du pathologiste.

La sécheresse de la peau coïncide en général avec un état prononcé d'irritation; elle fait connaître la violence de cette irritation, et doit faire craindre au moins la durée de la maladie.

Lorsque la sécheresse de la peau est locale et qu'on peut soupçonner que l'organe correspondant est fortement enflammé, elle est un signe grave.

Une sueur abondante, survenant vers le déclin des maladies, apporte souvent une amélioration sensible dans les phénomènes morbides : on lui a donné le nom de sueur critique. Les individus dont la perspiration cutanée est habituellement très-facile, présentent souvent ce phénomène vers la fin de leurs maladies aiguës. Il est ordinairement précédé de constipation, de diminution des urines, de la grandeur du pouls, et selon quelques-uns de l'augmentation graduelle des pulsations, de la chaleur et de la souplesse de la peau, d'horripilation, etc. On a aussi prétendu que les sueurs critiques se manifestaient la nuit et le matin, et jamais le soir; nous ne croyons pas cette assertion plus fondée que celle qui les fait toujours précéder d'un frisson. Il faut se défier de ces assertions exclusives. Après ces sueurs, qui ne sont jamais trop abondantes, il se manifeste un calme bienfaisant et réparateur. Elles peuvent arriver dès les premiers jours dans les maladies très-aiguës; mais les sueurs qui arrivent dans le commencement d'une affection, dont les premiers phénomènes annoncent une maladie grave, ne doivent pas faire espérer la guérison prochaine.

On reconnait la sueur symptomatique à la persistance des accidents. Les douleurs, l'anxiété, la chaleur, les frissons irréguliers, l'insomnie, la vitesse et l'inégalité du pouls, enfin tous les phénomènes fâcheux continuent et même s'aggravent pendant et après cette augmentation de transpiration. Ces sueurs n'ont rien de favorable; elles doivent faire craindre une terminaison funeste. Elles arrivent ordinairement dans le principe et l'augment des maladies. Il est cependant quelques cas où les sueurs sont avantageuses à quelque époque que ce soit : telles sont les maladies éruptives et les phlegmasies qu'on peut attribuer à la repercussion de la perspiration cutanée.

La sueur abondante et générale, accompagnée d'un profond affaiblissement, de collapsus, d'altérations des traits de la face, est souvent suivie de la mort.

La sueur circonscrite est ordinairement symptomatique. Celle qui est bornée au front, au visage, au cou, le reste du corps restant dans un état de sécheresse, est de cette nature, et présente plus ou moins de danger. Ces sueurs bornées font quelquefois reconnaître que l'organe correspondant entre en suppuration, et sont conséquemment fâcheuses.

La faiblesse où se trouvent les malades pendant la convalescence leur occasionne de légères sueurs, soit au moindre exercice, soit même sans cause évidente; elles sont plutôt utiles que nuisibles.

L'abondance trop grande des sueurs est une circonstance généralement défavorable; dans le principe d'une maladie, elle est d'un mauvais présage : elle ne l'est pas moins dans l'accroissement; mais ces sueurs sont surtout fatales lorsqu'elles arrivent à la fin des maladies, qu'elles sont opiniâtres, continues, poisseuses, fétides, et qu'elles font dépérir le malade; qu'en un mot elles sont colliquatives.

Les sueurs froides par l'effet de la maladie, et non par une circonstance extérieure, précèdent ordinairement la mort. Il n'en est cependant pas ainsi dans les maladies nerveuses. Pour annoncer un péril imminent, il faut que les sueurs froides soient accompagnées ou précédées d'autres signes très-graves.

L'odeur fétide de la perspiration cutanée annonce une grande perturbation dans l'organisme, et par conséquent du danger. Il y a peu d'inductions pronostiques à tirer des autres odeurs qu'elle peut présenter.

La sueur, pour être favorable, doit être générale, médiocrement abondante, chaude, limpide, d'une odeur fade légèrement aigre, arriver à temps opportun, etc. La sueur épaisse et poisseuse est désavantageuse.

Les sueurs colorées sont généralement mauvaises; dans l'ictère, elles font connaître que l'obstacle au cours de la bile est persistant et difficile à surmonter.

L'exhalation muqueuse fournit des données importantes au pronostic. Nous avons exposé ce qu'elle offre de plus intéressant en parlant de l'exhalation des voies aériennes et digestives. Celles de la pituitaire, de la vessie, de l'utérus, du vagin, etc., sont bien moins dignes d'attention sous le rapport du pronostic.

Nous pouvons dire d'une manière générale que lorsque la nature opère quelque acte critique, c'est principalement sur les membranes muqueuses que ce travail a lieu.

Lorsque la diminution ou la suppression totale de l'exhalation muqueuse arrive en même temps

que la diminution ou la suppression des autres sécrétions, on doit en conclure que l'irritation est violente, et conséquemment que ce signe est fâcheux. Lorsque cette diminution coïncide avec l'augmentation d'une autre excrétion, elle est favorable si cette autre excrétion est critique, et défavorable lorsqu'elle n'est que symptomatique.

L'augmentation de l'exhalation muqueuse de la pituitaire n'a rien de bien fâcheux ; celle de l'utérus et du vagin est plus grave, soit que la maladie qui l'occasionne soit simple, soit qu'elle ait un caractère spécifique ; celle de la vessie est plus redoutable encore.

C'est toujours un accident à craindre que la suppuration des membranes muqueuses, mais plus ou moins, selon la maladie qui la produit.

L'exhalation sanglante des diverses membranes muqueuses qui nous occupent dans ce moment n'a pas la même valeur pronostique. Il est bien rare que l'épistaxis soit un phénomène dangereux. Lorsqu'elle arrive dans le commencement d'une affection cérébrale, qu'elle est peu abondante, elle peut être fâcheuse. Elle est fâcheuse aussi lorsqu'elle est excessivement abondante, et que l'art ne peut la maîtriser ; elle offre encore du danger lorsqu'elle est symptomatique d'une altération profonde de l'organisme, comme dans le scorbut. Mais, hors ces cas particuliers, elle est innocente et même elle juge assez souvent les maladies d'une manière heureuse.

Nous pouvons en dire autant de l'exhalation sanglante de l'utérus et du vagin ; mais l'hématurie est constamment fâcheuse. Au reste, nous reviendrons sans doute avec quelques détails sur ces hémorrhagies en traitant des signes pronostiques fournis par les appareils qui en sont le siége.

Il est très important de tenir compte dans tous ces cas des qualités du sang perdu par les malades. Une abondance excessive de sang peut être mortelle ; une quantité trop faible n'est pas d'un bon augure : quant à sa consistance, il est préférable qu'elle soit assez grande ; un sang clair et ténu n'annonce rien de favorable. Il en est de même d'un sang trop noir. Quant à celui qui exhale une odeur fétide, nous n'avons jamais rien observé de pareil ; mais si le cas se présentait, on ne pourrait qu'en tirer un mauvais présage.

Les hémorrhagies qui ont lieu dans le tissu même des organes, dans des cavités particulières, etc., constituent des maladies plus ou moins graves, suivant l'importance de l'organe malade, et suivant l'étendue de l'épanchement sanguin.

La signification pronostique des exhalations sanglantes est bien différente, 1°, suivant l'organe qui en est le siége ; 2°, suivant que l'hémorrhagie est symptomatique ou critique ; 3°, suivant son caractère particulier.

L'hémorrhagie, examinée suivant son siége, est plus ou moins grave, suivant que l'organe qu'elle occupe est lui-même plus ou moins nécessaire à la vie : ainsi l'épistaxis est rarement funeste ; l'hémoptysie, l'hématémèse le sont fréquemment. Mais nous n'entrerons dans aucun détail à ce sujet dans ce moment, parce que nous nous sommes occupé du siége de l'hémorrhagie, en traitant des phénomènes morbides des divers appareils. Nous avons déjà parlé de l'hémoptysie, de l'hématémèse, etc.

Si l'hémorrhagie est acritique, c'est-à-dire, comme le disent les auteurs, si elle survient dans le commencement ou dans l'augment des maladies, et qu'elle soit précédée et suivie de signes de mauvais caractère, on doit en tirer un funeste augure.

Mais il faut surtout avoir soin de distinguer de quelle altération de tissu l'hémorrhagie peut dépendre ; car sa valeur est loin d'être la même si elle est le produit d'une simple exhalation accidentelle, ou d'une inflammation profonde de l'organe, ou même, ce qui est pire, d'une ulcération, d'un cancer, etc. On voit que le diagnostic tient encore ici le premier rang.

La plupart des hémorrhagies critiques sont suivies de la solution heureuse des maladies : il faut en excepter l'hémoptysie, l'hématémèse et l'hématurie. Pour que l'hémorrhagie critique soit favorable, il faut qu'elle soit abondante. Les hémorrhagies faibles soulagent rarement.

Chez les jeunes sujets, les hémorrhagies nasales sont plus fréquentes ; chez les adultes, les hémoptysies ; chez les veillards, les hémorrhagies des intestins, du rectum ; et chez les femmes, celles de l'utérus.

Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de revenir sur les signes précurseurs de ces hémorrhagies, que nous avons précédemment exposés.

Les épanchements de sérosité, qui se forment dans les cavités séreuses, sont toujours fâcheux, mais ils le sont plus ou moins, suivant la maladie dont ils dépendent ; car nous savons qu'ils sont rarement primitifs. Les plus funestes sont ceux qui sont consécutifs à des altérations organiques profondes. Mais ils ne sont alors qu'une espèce d'épiphénomène auquel le médecin ne doit mettre quelque importance qu'autant que cet accident ajoute quelque chose au danger du malade. Plus l'épanchement est considérable, et plus il est redoutable.

L'œdème, l'anasarque sont des accidents qui ne sont jamais avantageux, et qui ne diffèrent que par leur degré de développement.

Il se forme quelquefois des dépôts critiques dans les grandes articulations ; à moins que ces épanchements ne soient nécessaires pour soustraire le malade à la mort, on doit les considérer comme des accidents fâcheux.

Une suppuration très-abondante qui épuise le malade est d'un mauvais présage ; si le pus est en même temps clair, séreux, floconneux, fétide, le danger est encore plus imminent.

La terminaison des phlegmasies par la suppuration est une des plus mauvaises, et d'autant plus que l'organe qui en est le siége est situé plus profondément, qu'il offre moins de moyens de communication avec l'extérieur et qu'il est plus nécessaire à la vie.

Ce que nous venons de dire du pus s'applique aussi à la matière exhalée par la surface des exutoires. Il faut que le pus des vésicatoires soit médiocrement abondant, consistant, blanc, opaque, homogène ; que son odeur ne soit point repoussante ; que la surface de la plaie qui le fournit soit d'un rouge peu intense. Il est défavorable que le pus et les surfaces qui l'exhalent s'éloignent de ces conditions. Une plaie trop vive, rouge, sèche, douloureuse, pâle ou brune, noire, livide, saignante, gangrénée, insensible ; un pus de mauvaise nature, indiquent ou une irritation trop vive ou une adynamie profonde.

§ VI. Les sécrétions ont fourni aux anciens un grand nombre de signes pronostiques, et nulle n'a été plus féconde pour eux que la sécrétion urinaire. Nous allons voir bientôt que leurs assertions n'ont pas toujours été fondées sur une expérience rigoureuse, et que beaucoup d'entre elles ne méritent pas la confiance religieuse qu'on leur a vouée jusque dans ces derniers temps. Entraînés par leur

imagination, ils se laissèrent séduire par l'attrait du merveilleux, et nous léguèrent comme des observations positives les rêves qu'ils avaient enfantés. En traversant des siècles peu éclairés, ces rêves furent respectés comme des oracles. Peu de gens osèrent les attaquer; et lorsqu'il s'en trouva quelques-uns d'assez hardis pour le faire, ils furent traités de blasphémateurs et de sacriléges par la tourbe toujours intolérante des admirateurs; et comme il est plus aisé de croire que d'examiner, ces traditions furent long-temps reçues comme des vérités inattaquables; elles usurpèrent un respect superstitieux qu'on leur a conservé jusqu'à nos jours. Mais enfin, forcés que nous sommes, par une masse immense de faits nouveaux, de révoquer en doute les principes que nous avons reçus, au risque de passer pour téméraires et impies, nous oserons dire ce que nous ont appris nos sens.

On peut tirer quelques signes pronostiques des larmes, mais leur valeur est subordonnée à la cause qui les produit. Lorsqu'elles sont répandues dans le délire, elles sont en général d'un mauvais augure, mais elles n'ont pas d'autre signification que le délire lui-même. Les larmes que les paralytiques versent avec tant de facilité n'ont rien d'inquiétant. Le larmoiement qui accompagne les maladies des voies lacrymales offre un inconvénient relatif à leur degré de curabilité.

La diminution de la sécrétion des larmes n'est pas un signe très-grave lorsqu'il accompagne les phlegmasies des yeux, à moins que ces inflammations ne soient portées à un très-haut degré d'intensité.

La sécrétion de la salive augmente par l'effet de quelques médicaments; elle ne présente alors rien de fâcheux: cette augmentation peut être l'effet de quelque maladie de la bouche, et il est inutile de redire sans cesse que la valeur de ce phénomène varie suivant la gravité de l'affection qu'il accompagne.

Nous pouvons en dire autant du ptyalisme sympathique. Il n'est guère redoutable dans la mélancolie, la manie, l'hystérie, la grossesse. Il l'est davantage dans les maladies éruptives : dans la variole, par exemple, on a remarqué qu'il est dangereux que la salivation se supprime dans les premiers jours de la maladie.

Il ne répugne pas de croire à l'assertion de Sydenham, qui prétend qu'une salivation abondante peut être critique. Elle est alors précédée et suivie des phénomènes qui accompagnent les crises; mais nous croyons cependant qu'on ne doit ajouter foi à des propositions de ce genre qu'avec la plus grande réserve.

Il est fâcheux que la salive s'altère dans sa nature, qu'elle devienne âcre, brûlante, et surtout contagieuse.

Quant à l'impossibilité de son excrétion et à sa déviation, elles ne sont pas aussi dangereuses à beaucoup près, puisqu'elles ne dépendent que d'altérations locales.

Une sécrétion très-abondante de bile peut devenir mortelle; nous en dirons autant de sa suppression, accident beaucoup plus commun. Lorsque son excrétion est empêchée par un obstacle mécanique, on a d'autant plus à redouter que cet obstacle est plus difficile à vaincre; ne pouvant guère agir à cette profondeur, cet accident est toujours fâcheux. Cependant, lorsqu'un calcul biliaire, engagé dans l'un des conduits excréteurs, peut cheminer vers le duodénum et tomber dans cet intestin, l'accident que nous signalons est moins dangereux.

Une bile très-consistante, très-poisseuse, de couleur foncée, est d'un plus mauvais augure que celle qui présente des caractères opposés. Elle annonce une altération plus profonde dans l'organe chargé de l'élaborer, ou une altération grave d'un autre organe.

Il est sans doute à regretter que la sécrétion biliaire ne puisse être soumise à notre exploration immédiate, que le fluide sécrété lui-même échappe à notre investigation : on en retirerait vraisemblablement des lumières très-précieuses dans les maladies du foie, et peut-être aussi dans celles d'organes plus éloignés. Mais ce viscère profondément situé ne peut être soumis à l'application de nos sens; la bile ne parvient au dehors qu'après avoir parcouru un trajet plus ou moins étendu, soit par en haut, soit par en bas, et pendant ce trajet elle se mêle à des matières gastriques ou intestinales qui altèrent sa nature, et empêchent d'apprécier d'une manière rigoureuse ses modifications immédiates.

Tel n'est pas le fluide urinaire; et si l'action du rein est dérobée à notre examen, il est en général facile de reconnaître les troubles que cet organe éprouve par les qualités que présente le liquide excrété.

L'augmentation de l'urine est généralement favorable lorsqu'elle n'est pas extrême; elle est surtout avantageuse dans quelques hydropisies, qu'elle dissipe quelquefois en peu de temps. Mais pour juger que ce signe est favorable, il faut en même temps interroger les autres symptômes. L'abondance de l'urine n'est point un signe redoutable dans l'hystérie, l'hypocondrie, l'épilepsie, etc., à moins qu'elle ne se prolonge au point d'affaiblir les malades. Dans les diabètès le flux d'urine est un signe grave.

La diminution de la quantité des urines n'a rien d'alarmant en soi dans la première période des maladies aiguës : elle annonce une vive irritation. Ce signe est plus fâcheux dans le déclin des maladies et dans la convalescence : il doit faire craindre qu'il n'existe encore quelque point d'irritation, ou qu'il ne se forme quelque épanchement de sérosité consécutif.

La suppression complète des urines, laquelle peut dépendre d'un multitude de causes, est toujours un accident sérieux.

L'urine incolore et limpide qu'on observe dans les maladies nerveuses ne présente aucun danger; dans la première période d'une maladie aiguë cette couleur de l'urine annonce que sa durée sera longue.

La couleur jaune de l'urine est loin d'être avantageuse; lorsque cette couleur jaune s'attache aux corps imbibés de cette urine et qu'ensuite on a séchés, on doit conclure qu'il existe de la bile dans ce liquide : or la présence de la bile dans l'urine ne peut être que le résultat d'une maladie plus ou moins grave. Si elle a lieu dans la duodénite, elle est plus susceptible de guérison; mais chez les vieillards, où l'on peut soupçonner en général une lésion organique profonde, cette couleur de l'urine est très-fâcheuse. L'urine simplement jaune qui ne communique pas sa couleur aux tissus qui en sont imbibés arrive ordinairement dans les inflammations vives.

L'urine rouge, orangée, est un signe d'irritation forte, et par conséquent assez grave, surtout lorsqu'elle est en même temps peu abondante.

La couleur noire des urines ne se montre guère que dans les maladies du caractère le plus funeste; elle n'est cependant pas toujours un signe mortel. J'ai vu des gens affectés de typhus dont l'urine était noire, et qui ont cependant guéri.

La couleur blanche opaque des urines, lorsqu'elle n'est pas due au mélange du pus ou de quelque mucosité, et qu'elle est le résultat d'une perturbation profonde de l'organisme, est le signe d'une irritation des plus prononcées. Ces urines se montrent dans des maladies très-dangereuses, telles que l'encéphalite, le croup, etc., et aussi dans les affections vermineuses, les scrophules, etc.

Sous le rapport de leur consistance on a remarqué que les urines claires et ténues annonçaient que la maladie croissait encore. Lorsque les urines sont variables, tantôt ténues, tantôt sédimenteuses, elles font craindre que la terminaison ne soit encore éloignée.

L'urine est quelquefois muqueuse et filante : lorsque ce caractère se présente dans le catarrhe de la vessie, il est sans doute fâcheux ; mais il l'est bien davantage lorsqu'il dépend d'une maladie organique des voies urinaires, et bien plus encore lorsqu'on le rencontre dans le marasme des maladies chroniques, etc.

Les urines épaisses, troubles, et qui ne déposent pas, sont toujours mauvaises dans les maladies, soit aiguës, soit chroniques.

Les urines qui peuvent être comparées à de l'huile ne sont jamais favorables. Celles qui sont brunes, noires et lintescentes, sont les plus redoutables.

L'odeur des urines mérite quelque attention. Chez les personnes faibles et nerveuses, l'urine prend facilement l'odeur des substances alimentaires et même des matières dont l'air est imprégné. Dans plusieurs maladies chroniques de la vessie, elle offre souvent une fétidité repoussante ; il est évident qu'elle est d'autant plus mauvaise alors que la maladie est moins susceptible d'être attaquée avec succès par les moyens de l'art.

Dans les maladies aiguës, les urines fétides sont d'un mauvais augure. Les urines très-chaudes, brûlantes, qui font éprouver au malade un sentiment douloureux, annoncent une irritation violente ; ce phénomène est rare, et cette impression est presque toujours illusoire.

L'urine véritablement froide est un signe presque constamment mortel.

Quelques médecins ont exploré les urines au moyen de la dégustation ; ils se sont assurés qu'elles peuvent être insipides, acides, amères, douceâtres et même sucrées. Les notions pronostiques que donnent ces diverses saveurs ne sont point fixées irrévocablement ; le diabétès sucré est cependant une maladie sérieuse.

L'hématurie est toujours un accident fâcheux, même lorsqu'elle est le résultat d'une simple exhalation sanglante ; mais alors elle l'est moins que dans les autres cas. Si l'hématurie est supplémentaire de règles, on parvient ordinairement à la dissiper au moyen des révulsifs et autres moyens propres à rappeler les menstrues. Si l'hématurie survient dans le cours d'une maladie aiguë, elle est toujours d'un mauvais présage, même lorsqu'elle se manifeste vers le déclin de ces affections.

Ce signe est aussi très-dangereux lorsqu'on l'observe dans l'inflammation des reins ou de la vessie; il l'est plus encore dans les maladies organiques de ces viscères.

Les urines purulentes sont aussi un accident redoutable, soit que le pus se forme dans les reins, les uretères, la vessie, soit qu'il provienne d'organes plus éloignés, et se fasse jour jusque dans les voies urinaires.

Les fausses membranes, que l'on rencontre quelquefois dans les urines, annoncent une phlegmasie violente des organes urinaires, et partant sont un signe à craindre. Les parcelles brunes, noirâtres qu'on y voit aussi, sont fâcheuses lorsqu'elles dépendent du débris de quelque polype ; quand elles sont des fragments de sang coagulé, elles n'ont pas d'autre valeur que l'hématurie.

Le pronostic à tirer du sable et des graviers contenus dans l'urine ne saurait être avantageux ; les calculs sont une maladie plus grave encore. Lorsqu'on rend du sperme avec les urines, c'est toujours un accident malheureux. La liqueur prostatique émise en même temps que les urines n'offre pas le même danger.

On a tiré un grand nombre de signes pronostiques des changements que présente le fluide urinaire; mais bien que nous ayons admis la possibilité des phénomènes critiques, nous pensons qu'on ne saurait trop se défier de la valeur de ces signes.

Les auteurs ont donné comme étant d'un mauvais présage la pellicule irridée qu'on observe quelquefois sur la surface de l'urine, les espèces de gouttes d'huile qu'on y remarque dans certains cas; ils pensaient que ce phénomène annonçait le marasme, la fièvre hectique, etc. : l'expérience n'a pas confirmé leurs craintes.

L'urine écumeuse à été regardée comme décelant de grands efforts dans l'organisme et faisant redouter le délire et les convulsions; cette assertion n'est pas plus fondée que la précédente.

Le nuage qui persiste pendant un certain temps à la superficie des urines fait voir que la maladie a de la peine à se terminer ; les affections cérébrales sont accompagnées de ce phénomène. Nous dirons ici que toutes les maladies et même l'état de santé permettent ce phénomène, ce qui n'empêche pas les premières de guérir, et n'annonce aucune altération dans la seconde.

Il ne faut pas croire que la tendance de ce nuage au fond du vase soit d'un augure infaillible. L'énéorème fait présager, dit-on, une terminaison encore plus promptement favorable : nous n'avons jamais rien observé de semblable.

Mais ce qui a fixé surtout l'attention des anciens observateurs, c'est le dépôt ou sédiment ; ils en ont tiré toutes sortes de présages, lesquels, à notre avis, ne sont guère plus fondés que les précédents.

Les dépôts qu'on observe vers le déclin des maladies, et principalement, d'après les auteurs, les jours décrétoires, annoncent une terminaison heureuse et prochaine.

Les dépôts favorables sont abondants, épais, opaques, ramassés au fond du vase, blancs, gris, rosés, briquetés, etc. Les dépôts verts, bleus, bruns ou noirs, sont tous plus ou moins fâcheux.

La manière dont l'urine est excrétée offre des signes plus certains, parce qu'elle découle plus immédiatement du diagnostic. La mixtion douloureuse de la blennorrhagie n'est pas grave ; elle l'est davantage dans la cystite.

La strangurie, qui dépend ordinairement du canal de l'urètre, est moins redoutable que celle qui accompagne la paralysie de la vessie. L'ischurie est en général une circonstance très-sérieuse, mais principalement dans les affections cérébrales et vers la fin de toutes les maladies aiguës, dans lesquelles elle annonce une mort presque inévitable. On a dit cependant que l'ischurie pouvait servir de crise à une autre maladie : nous ne savons pas comment cela pourrait se faire; mais ce qu'il y a de certain, c'est que nous avons observé ce phénomène vers la fin d'une péripneumonie et d'un

érysipèle à la face, et le malade a guéri. Nous ne croyons pas que l'ischurie ait été critique, mais au moins elle a coïncidé. Elle est un peu moins alarmante dans les inflammations intenses de la vessie et dans l'oblitération de l'urètre.

La mixtion par regorgement est un signe funeste, puisqu'il annonce une extrême prostration.

La mixtion avec épreinte, étant le signe d'une inflammation violente de la vessie, ne peut être regardée que comme fâcheuse.

Lorsque le malade urine involontairement, il est important de distinguer s'il le fait avec conscience ou sans qu'il s'en aperçoive. Dans le premier cas, ce phénomène n'indique que la faiblesse de la vessie; dans le second, il est un signe de délire, de coma ou de faiblesse profonde, et l'on conçoit qu'il est alors plus ou moins redoutable.

Les déviations urinaires, si elles étaient bien prouvées, ne pourraient être regardées que comme très-dangereuses; il faudrait avoir égard à la nature de la cause organique de ce phénomène. Si cette cause pouvait être surmontée, le pronostic devrait être moins fâcheux.

§ VII. L'augmentation d'énergie de l'absorption se signale par la promptitude avec laquelle les phlegmasies, les congestions et les épanchements disparaissent, et sous ce rapport on ne peut regarder cette augmentation d'activité que comme une circonstance heureuse.

La sécheresse de la peau, dont nous avons parlé précédemment, nous paraît être un résultat de cette augmentation d'absorption; ce signe, comme nous avons vu, n'est pas favorable.

La diminution de l'absorption, à laquelle on peut attribuer les divers épanchements qui se forment dans les tissus séreux, cellulaire, etc., est une circonstance fâcheuse. La faiblesse de l'absorption qui se manifeste par la lenteur avec laquelle les épanchements médiocres, les congestions, les inflammations, etc., se résolvent, est défavorable; elle fait craindre que les maladies ne passent à l'état chronique.

L'absorption est peu active chez les individus doués de beaucoup d'embonpoint, ce qui doit faire conclure que cet état s'oppose à la résolution des maladies; c'est en effet ce que l'expérience m'a fréquemment confirmé. On pourra donc assurer que, toutes choses égales d'ailleurs, la même maladie guérira moins chez un individu gras que chez un individu maigre.

§ VIII. L'augmentation apparente de l'embonpoint n'est pas toujours un signe véritable de l'augmentation de la nutrition; cette augmentation dépend quelquefois d'une espèce de turgescence qui accompagne la pléthore, l'élévation de température dans le commencement des maladies aiguës et surtout des phlegmasies de la peau. Cette turgescence n'a rien de favorable, mais ne porte pas non plus avec elle une signification funeste. L'augmentation de l'embonpoint est illusoire aussi dans les bonnes convalescences; il est vraisemblable que dans ce cas les tissus relâchés se laissent pénétrer par les fluides avec la plus grande facilité, ce qui produit une apparence d'embonpoint; ce phénomène n'a rien de fâcheux.

Il est rare que l'augmentation générale de l'embonpoint soit une circonstance funeste; il faudrait qu'il fût porté au point d'intervertir les fonctions et de compromettre la vie, ce qui est rare; il n'occasionne ordinairement qu'une gêne plus ou moins grande.

L'augmentation partielle de la nutrition, lorsqu'elle n'a son siége qu'aux membres et qu'à l'extérieur du corps, n'offre aucun signe intéressant.

L'hypertrophie des divers organes situés profondément, constituant un genre spécial d'affections, ne saurait être considérée comme un phénomène simplement séméiologique.

On peut considérer l'amaigrissement général, porté à un certain degré, comme une circonstance défavorable, quelle que soit la cause qui le détermine. On conçoit néanmoins qu'il n'offre pas toujours le même désavantage.

Ainsi que nous venons de voir une espèce illusoire d'embonpoint, il existe aussi un amaigrissement qui n'est qu'apparent; mais, quoique simplement apparent, ce phénomène ne présente rien de bon.

L'amaigrissement qu'on observe vers la fin des maladies aiguës, lorsque l'éréthisme est tombé, n'est pas d'un mauvais augure, lorsque d'ailleurs les autres fonctions rentrent dans le type normal. Il n'en est pas de même lorsque cet amaigrissement est le résultat du collapsus général, de la chute des forces : cet état, qui se manifeste assez ordinairement avec rapidité, est l'avant-coureur d'une mort prochaine.

La maigreur générale qui survient dans les maladies chroniques est d'un funeste augure.

La maigreur qui succède à des évacuations très-abondantes est beaucoup moins dangereuse que celle des deux cas précédents.

La maigreur locale est un signe plus ou moins grave, suivant que la maladie des organes de l'innervation ou de la circulation ou autre qui s'oppose à la nutrition, est elle-même plus ou moins difficile à guérir.

L'atrophie de quelques membres dépendante d'une perte de substance dans le cerveau est un état incurable.

Il ne peut entrer dans notre plan de parler des atrophies des organes intérieurs.

Une croissance trop rapide, regardée comme une perversion de nutrition par quelques médecins, est une circonstance ordinairement fâcheuse dans les maladies aiguës ou chroniques des enfants; la plupart succombent ou éprouvent des convalescences interminables.

DEUXIÈME SECTION.

PHÉNOMÈNES MORBIDES DES APPAREILS DE LA VIE DE RELATION CONSIDÉRÉS COMME SIGNES PRONOSTIQUES.

L'encéphale étant sans contredit dans l'homme l'organe le plus important, le plus nécessaire à la vie, chargé de distribuer à tous les autres la faculté d'agir, il est facile de concevoir que ses altérations sont plus graves proportionnellement que toutes celles des autres organes. Aussi les signes qui font reconnaître qu'il s'altère sont-ils au rang des plus funestes. Toutes les fois que quelqu'une de ses fonctions vient à se troubler, à se déranger, à s'éloigner du type normal, le médecin doit redouter une terminaison fatale; c'est donc dans la section dont nous allons examiner les phénomènes morbides que nous trouverons les signes pronostiques les plus fâcheux. Délire, carphologie, soubresauts des tendons, altérations des sens, tels vont être les signes graves que nous allons avoir à étudier.

Nous commencerons l'exposition de ces signes par ceux que fournit l'habitude extérieure du corps.

§ Ier. La plupart des maladies impriment quelques modifications à l'habitude extérieure du corps : l'exa-

men attentif de ces modifications est une source féconde de prénotions assez certaines : elles frappent les personnes les plus étrangères à la médecine, elles ne sauraient trop fixer l'attention du médecin.

Une grande assurance dans l'attitude n'a lieu que dans la manie ou dans le délire aigu. Dans le premier cas, ce signe est peu dangereux ; il est plus grave dans le second. La mollesse, la langueur dans l'attitude est un signe plus fâcheux encore que le précédent. On a tout à craindre lorsque les malades s'abandonnent aux lois de la pesanteur, lorsque les jambes sortent hors du lit, lorsque le décubitus a lieu sur le dos, avec impossibilité de se tenir sur les côtés, lorsque le malade, remonté sur ses oreillers, se laisse glisser dans son lit ; ces phénomènes sont les avant-coureurs d'une mort prochaine.

On doit redouter le même événement lorsque le malade, couché en supination, a les jambes et les bras écartés du tronc ; les mains, les pieds, le cou, la poitrine, découverts et froids.

Il en est de même si, dans cette position, la tête est fortement inclinée en arrière, la bouche entr'ouverte et les dents à nu.

Le coucher sur le ventre est généralement mauvais.

On a pensé que c'était un mauvais signe que le malade penchât la tête vers les pieds ; je crois que ce signe est assez insignifiant.

Il est bon que le malade puisse se lever sur son séant et satisfaire à ses besoins.

Le malade qui change à chaque instant de position peut être dans le délire, et dans ce cas cette agitation est plus ou moins dangereuse, ou bien il est simplement dans la première période d'une phlegmasie de la peau, et l'anxiété est alors moins alarmante. Dans les maladies du cœur, et principalement dans la péricardite, la jactitation est un signe fâcheux.

Un état bien plus redoutable que le précédent est l'immobilité complète : elle accompagne toujours les maladies les plus graves, celles qui sont caractérisées par une compression cérébrale profonde, ou par une faiblesse, une prostration extrêmes directes ou indirectes.

Le décubitus sur l'un des côtés du corps est plus ou moins fâcheux, suivant le genre de la maladie qui le nécessite ; il est très-grave dans les épanchements thoraciques.

L'infiltration qui se manifeste dans les maladies chroniques n'est jamais un signe favorable ; il est cependant quelques œdèmes qui n'ont rien de dangereux : celui qu'on observe dans les convalescences, celui qui se montre après quelques veilles, après des nuits passées en voiture, celui qui est occasionné par un lien ou par la pression de l'utérus, dans la gestation, sont de ce nombre, mais on peut dire d'une manière générale que l'infiltration symptomatique est un signe funeste et qui caractérise le dernier terme des maladies organiques.

L'emphysème est aussi un accident grave ; le pneumothorax, la tympanite, etc., ne sont pas moins à craindre.

La pâleur de la peau est en général un signe fâcheux ; cependant, après une vive surexcitation et dans la convalescence, il n'est pas mauvais que la peau soit un peu pâle : on doit en conclure que l'irritation a cessé.

Après des évacuations excessives la pâleur n'a rien de bien alarmant, non plus que dans le froid fébrile, dans la syncope, etc. ; mais dans les maladies chroniques, dans l'angine gangréneuse après la disparition subite d'une éruption, etc., la pâleur de la peau est d'un funeste augure.

La couleur livide et plombée de la peau est presque toujours un des signes précurseurs de la mort.

On ne doit pas voir sans crainte la peau se couvrir d'ecchymoses et de marbrures ; cependant les ecchymoses scorbutiques se résolvent souvent. Il est fâcheux que des ecchymoses violettes succèdent immédiatement aux piqûres des sangsues.

Les teintes rosées et rouges de la peau, annonçant le bon état des forces, et une réaction plus ou moins énergique, ne peuvent être que favorables dans le principe des maladies aiguës. Si ces nuances persistent, elles doivent faire connaître que la maladie croît ou persiste ; elles cessent d'être aussi avantageuses.

Il ne faut pas que la couleur rouge de la peau qui accompagne les plegmasies cutanées soit portée à un trop haut degré : cette rougeur intense annonce alors une irritation trop violente.

La couleur jaune de la peau est loin d'avoir toujours la même signification : chez les jeunes sujets, elle disparaît ordinairement avec facilité ; il n'en est pas de même chez les vieillards, cette couleur ne disparaît souvent qu'à la mort.

Les nuances citron, safran, verdâtre, verte, noire, annonçant une maladie opiniâtre, sont d'un plus fâcheux présage.

La couleur jaune-paille est aussi redoutable, puisqu'elle décèle une dégénérescence cancéreuse, de toutes la plus rebelle aux secours de l'art.

La couleur noire accidentelle de la peau n'est pas essentiellement mortelle, puisque j'ai eu occasion de l'observer chez une femme qui la portait depuis vingt-deux ans. Elle succomba à une maladie tout-à-fait étrangère.

La couleur bleue de la peau n'arrivant que dans la dernière période des maladies organiques du cœur, ne peut être qu'un mauvais signe.

Les pétéchies sont un des signes les plus graves ; l'éruption pourprée symptomatique est encore plus fâcheuse ; on doit plus redouter encore les bubons symptomatiques pestilentiels.

Les escharres gangréneuses entraînent souvent la perte des malades qui ont d'ailleurs résisté à une affection aiguë.

Bien que les odeurs que le corps exhale dans les maladies soient dues en général à la perspiration cutanée, aux excrétions, etc., il en est qui sont particulières à des maladies et à des circonstances qui peuvent fournir quelques données pronostiques.

Dans la suppuration chez les scrofuleux, chez les femmes qui allaitent, on remarque une odeur aigre, plus fâcheuse dans la première circonstance que dans la seconde. L'odeur qu'exhalent les teigneux, les dartreux, enfin les malades attaqués de diverses maladies de la peau, n'ajoute rien au pronostic qu'on doit en tirer. L'odeur cancéreuse, si rebutante, annonce que l'infection est profonde, et que le malade doit peu compter sur sa guérison. Mais, sans entrer dans des détails superflus, dans des répétitions multipliées sans nécessité, on peut dire que plus la fétidité des diverses odeurs est grande, et plus fâcheux est l'état des maladies. Ici, comme dans presque tous les cas, il est bon que les odeurs se rapprochent du caractère habituel.

Considéré dans ses détails, l'extérieur du corps nous donnera encore des signes pronostiques importants.

Le volume excessif de la tête est toujours une circonstance fâcheuse. S'il dépend d'un érysipèle, il doit faire craindre que l'inflammation n'envahisse

les méninges et le cerveau; s'il dépend de l'infiltration de ces parties, il est plus grave encore; d'une hydrocéphale, il est presque constamment mortel, etc. Les tumeurs qui se forment sur la périphérie de la tête présentent un pronostic qui diffère suivant leur nature.

La face recevant non seulement l'impression de toutes les maladies, mais encore exprimant à chaque instant l'état physique et moral dans lequel se trouvent les malades, ne peut qu'être consultée avec le plus grand avantage par le médecin, lorsqu'il veut porter son pronostic. Quelle que soit l'espèce de la maladie, la mort peut être peinte sur la figure des malades en traits reconnaissables, même pour le vulgaire.

L'expression animée et assurée de la face doit faire craindre le délire, ou du moins une forte surexcitation : toutes les fois que l'expression de la face n'est point en rapport avec les objets environnants, et que diverses passions s'y retracent sans motif, le malade est dans le délire, et par conséquent dans un état grave.

La face raide et convulsée est d'un sinistre augure. Le collapsus, l'abattement profond des traits de la face n'est pas moins redoutable. Le désordre et l'irrégularité de ses mouvements font craindre la mort dans les maladies aiguës du cerveau, mais sont plus effrayants que dangereux dans les névroses chroniques.

La rougeur de la face, lorsqu'elle n'est pas excessive, n'a rien d'alarmant; elle cède facilement au traitement débilitant : mais si cette rougeur est excessive et rebelle aux moyens de l'art, elle peut être très-dangereuse.

La rougeur foncée, livide, plombée, est du plus fâcheux augure dans toutes les maladies aiguës : elle n'a pas la même signification dans les attaques d'hystérie ou d'épilepsie.

Il ne faut pas que la peau soit pâle et blanche, même dans l'état de santé; cette couleur dénonce une mauvaise constitution. Dans la plupart des maladies, la pâleur de la face est un mauvais signe : il faut cependant avoir égard à l'état habituel de l'individu.

Les nuances paille, jaune, verdâtre, verte, noire, etc., que nous avons signalées en parlant de l'extérieur du corps en général, s'observent plus particulièrement sur la face, et portent la même signification.

L'augmentation du volume de la face, avec rougeur érysipélateuse, est un phénomène assez grave; mais cette augmentation, avec pâleur et bouffissure, est plus fâcheuse encore.

La face grippée est redoutable; l'amaigrissement profond de cette partie n'est pas moins à craindre. La face qu'on a nommée *hyppocratique* est l'avant-coureur de la mort.

Parmi les traits de la face, aucun n'est plus expressif que les yeux. C'est dans les yeux qu'on rencontre les premiers indices du délire. Lorsque leur expression cesse d'être en rapport avec les objets extérieurs, c'est un signe de délire, et qui présente la même valeur pronostique.

L'œil convulsé en haut, en bas ou sur les côtés, fixe, dévié du parallélisme, est un signe très-fâcheux dans toutes les maladies de l'encéphale; il l'est moins dans les névroses chroniques.

Il est défavorable aussi que le raptus du sang vers le cerveau soit tel que l'œil paraisse faire saillie hors de l'orbite; la diminution apparente de l'œil, son enfoncement dans l'orbite, n'est pas moins à craindre.

L'injection de la cornée opaque est peu grave dans l'ophthalmie; mais dans les affections cérébrales et même thoraciques, c'est un signe fâcheux.

Sa blancheur plus grande que dans l'état normal est au rang des mauvais signes dans la phthisie pulmonaire.

L'immobilité de la pupille dans les maladies aiguës du cerveau, est un phénomène des plus redoutables. La contraction extrême de la pupille offre le même caractère dans ces maladies; elle est moins à craindre dans les maladies de l'œil.

La dilatation considérable des pupilles est aussi un mauvais signe dans les maladies du cerveau; lorsqu'elle dépend de la présence de vers dans le canal alimentaire, elle disparaît d'ordinaire avec la cause qui la produit; elle est fâcheuse, sans cependant faire courir de risques aux malades, dans les maladies des organes de la vision.

La pesanteur morbide des paupières, portée à un haut degré, annonce ou l'extrême faiblesse, ou une affection cérébrale, ce qui est également fâcheux. Lorsqu'elles sont serrées l'une contre l'autre, elles présentent la même signification pronostique que le délire ou les convulsions qui occasionnent ce resserrement. Le prolapsus complet de la paupière est un accident fâcheux et souvent grave; le moindre inconvénient qu'il produit, c'est la privation de la vue.

Dans les affections aiguës du cerveau, il est désavantageux que les yeux soient larmoyants; mais ce symptôme n'a rien d'alarmant dans le coryza ou l'ophthalmie.

Le sentiment de constriction que certains malades ressentent dans les tempes n'a rien de favorable, non plus que le battement des artères qui les parcourent.

L'affaissement de ces régions survient dans le marasme.

La coloration des joues n'a rien de bien dangereux dans les maladies hypersténiques et surtout dans leur paroxysme; mais leur rougeur circonscrite est redoutable dans les maladies chroniques, surtout dans celles du poumon.

Il est fâcheux que les narines soient agitées de mouvements rapides; cette gêne extrême de la respiration annonce ordinairement la mort.

Le prurit des narines n'accompagne presque jamais d'affections sérieuses, excepté pourtant la gastro-entérite chez les enfants.

Les convulsions et la paralysie des lèvres n'ont d'autre valeur pronostique que celle des convulsions et des paralysies des autres parties; nous en parlerons dans le paragraphe suivant.

L'action de *fumer la pipe* a été signalée avec raison comme des signes les plus funestes.

Les éruptions qui couvrent les lèvres dans quelques maladies aiguës sont bien certainement du nombre des phénomènes qu'on peut appeler critiques.

Il est bon que les lèvres soient vermeilles; leur pâleur, leur lividité, leur couleur violette, sont au nombre des mauvais signes. Il en est de même de leur sécheresse, qu'elles soient lisses ou fendillées, couvertes d'un enduit noirâtre, etc.

Nous omettons à dessein une multitude de phénomènes qui ne nous paraissent pas dignes d'arrêter notre attention.

Les oreilles ne présentent guère de signes qu'elles ne partagent avec les autres parties : leur chaleur, leur rougeur indiquent un état de surexcitation, et leur pâleur, leur lividité, leur froideur, le frisson fébrile ou la prostration des forces, etc.

Mais un phénomène digne du plus haut intérêt, c'est le gonflement de la région parotidienne. Ce gonflement, qui a le plus souvent son siége dans le tissu glanduleux lui-même, ainsi que nous nous en sommes assurés maintes fois, se montre vers le déclin des maladies d'un mauvais caractère. Les auteurs qui ont écrit sur le sujet que nous traitons, ont pensé que ce phénomène était fréquemment critique; que les maladies pouvaient se juger favorablement par l'éruption des parotides, soit que cette nouvelle inflammation se terminât par résolution, soit qu'elle se terminât par suppuration, soit même par gangrène. Je puis affirmer, d'après des exemples malheureusement trop nombreux, que l'éruption des parotides est un épiphénomène presque constamment mortel. J'ai vu cependant guérir une malade affectée de pneumonie, chez laquelle il survint un gonflement à la parotide gauche; et récemment j'ai observé une terminaison semblable dans une gastro-entérite grave. Tous les cas que j'ai vus avant et depuis ont été suivis de la mort.

L'examen du cou nous apprend peu de chose relativement au pronostic; son augmentation de volume n'offre rien de particulier. On a prétendu que si dans l'angine l'extérieur du cou se tuméfiait, le malade courait moins de danger, par la raison qu'il est favorable que les maladies se portent à la périphérie : cette assertion ne nous paraît pas démontrée.

La longueur du cou n'est pas le précurseur infaillible de la phthisie pulmonaire, non plus que sa brièveté celui de l'hémorrhagie cérébrale. Le battement des carotides annonce une violente irritation et une congestion encéphalique, circonstances assez fâcheuses, surtout lorsqu'on éprouve de la peine à la surmonter par les moyens indiqués.

De toutes les maladies où la déviation du cou se rencontre, nulle n'est plus grave que la luxation des vertèbres.

Le développement anormal du thorax n'est jamais favorable. Il est fâcheux qu'il se forme un épanchement de liquide dans la poitrine, ainsi qu'un épanchement d'air. La diminution du volume de l'un des côtés du thorax est un inconvénient grave sans doute, puisqu'il prouve qu'un des côtés du poumon a cessé son action; mais enfin il ne présente pas un danger immédiat. La déviation du thorax occasionnée par le rachitisme n'est en général qu'un désagrément; elle peut néanmoins être portée au point de compromettre l'existence, lorsqu'elle comprime le poumon ou le cœur.

Les gaz intestinaux qui développent le ventre ont un caractère grave dans les maladies aiguës et surtout vers leur déclin. Ils sont moins à craindre dans les névroses chroniques, dans l'hystérie, l'hypocondrie, etc.

L'ascite est un phénomène morbide des plus graves; l'hydropisie enkystée l'est beaucoup moins.

L'infiltration des parois abdominales est dangereuse.

Les tumeurs qui se rencontrent dans l'abdomen sont plus ou moins funestes. Celles qui appartiennent aux cancers de l'estomac et des intestins sont presque constamment mortelles. C'est ici le cas d'émettre l'opinion que quelques faits m'ont suggérée touchant la curabilité des diverses tumeurs abdominales.

Une femme se présenta dans l'une des salles de notre infirmerie, il y a environ dix ans, offrant à l'épigastre une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dure, douloureuse : elle vomissait depuis long-temps des matières glaireuses et ses aliments, enfin elle avait tous les caractères d'un cancer de l'estomac. Cette femme avait été en proie à la misère et aux chagrins. Elle fut mise au repos, à un régime doux, et à l'*infusion* de tilleul. Cette tumeur avait été reconnue par M. Landré-Bauvais et par M. Pinel; elle était d'ailleurs très-évidente. Au bout de quelques mois, cette femme ayant cessé de vomir, avait repris des forces et de l'embonpoint; je j'examinai de nouveau avec le plus grand soin, il me fut impossible de rencontrer aucunes traces de la maladie. Au bout de quelque temps cette femme sortit de l'infirmerie.

A peu près vers la même époque, une femme nommée Madeleine, âgée de cinquante ans, nous offrit des vomissements opiniâtres de matières homogènes, épaisses comme de la purée, opaques et fétides. Cette femme était courbée par la douleur et portait à l'épigastre une tumeur irrégulière assez volumineuse. Les vomissements ont cessé, il n'existe plus de douleur à l'épigastre, le teint de cette femme est animé et annonce une bonne santé. J'ai quelquefois occasion de la voir pour des maladies étrangères à sa première affection.

Une autre, qui avait eu les deux seins amputés pour une affection qu'on avait jugée cancéreuse, réclama mes soins pour des phénomènes analogues aux précédents, et depuis plusieurs années elle n'a plus de tumeur et jouit d'une bonne santé.

J'ai eu de nombreuses occasions d'observer des cancers de l'estomac, des mieux caractérisés en apparence, lesquels ont disparu; mais je n'ai jamais eu l'occasion de faire l'ouverture de ces malades, ce qui seul pourrait porter ici le sceau de la certitude.

Cependant voici d'autres faits qui viennent augmenter la probabilité des précédents.

Parmi les nombreuses ouvertures de corps que j'ai faites, j'ai fréquemment rencontré de véritables cicatrices dans l'estomac. J'ai vu surtout vers le pylore des espèces de plis étoilés, se réunissant vers un centre commun, lisse, poli, bien organisé, et qui paraissait avoir été bien évidemment ulcéré.

Ces individus avaient succombé à une maladie étrangère à l'estomac; mais il était impossible de douter qu'il n'eût existé là une ancienne ulcération.

Maintenant si l'on remarque que d'un côté beaucoup de personnes qui ont offert tous les caractères d'une dégénérescence cancéreuse de l'estomac ont guéri, que de l'autre on a trouvé sur plusieurs sujets de véritables cicatrices, ne sera-t-il pas permis d'en tirer cette conclusion consolante, que des tumeurs cancéreuses, jugées jusqu'à ce jour comme incurables, sont *peut-être* susceptibles de guérison? Et qui oserait imposer des bornes à la puissance de la nature? Un individu est soumis à une multitude de causes qui développent un état morbide; il vient à être soustrait à ces causes, pourquoi la maladie ne cesserait-elle pas de faire des progrès, pourquoi n'aurait-elle pas une marche rétrograde?

Les malheureux qui arrivent dans notre hospice ont manqué pendant long-temps des objets de première nécessité. La misère et la faim les ont assaillis; ils ont fait usage long-temps d'aliments insalubres, qu'ils n'étaient pas sûrs encore de pouvoir se procurer le lendemain; sous l'influence de ces causes meurtrières, le tissu de l'estomac s'est altéré. Tout-à-coup ces gens cessent d'être tourmentés de la terrible inquiétude du lendemain; ils ont un bon gîte, des aliments sains, abondants, les soins de la médecine, et par-dessus tout la tranquillité d'âme. Est-il bien étonnant qu'un changement si grand dans leur manière d'être puisse influencer leurs

organes au point de les ramener à leur type physiologique? L'absorption est si puissante que, la maladie n'augmentant plus, puisque les causes ont cessé, elle me paraît bien capable de faire disparaître une tumeur volumineuse. N'a-t-on pas vu des corps étrangers solides détruits et absorbés?

D'après ces considérations appuyées des faits que j'ai vus, je suis porté à croire à la curabilité des maladies dites organiques, mais ces cas doivent être rares.

Les hernies abdominales ne deviennent dangereuses que lorsqu'elles s'étranglent.

La saillie des vertèbres dans le mal de Pott est un signe très-redoutable.

La diminution de volume du ventre dans les phlegmasies intenses est un phénomène grave.

La tension et la dureté de l'abdomen sont fâcheuses dans les maladies aiguës. La douleur vive, superficielle ou profonde, la chaleur sèche des téguments, sont aussi du nombre des mauvais signes.

Nous parlerons plus tard des signes que présentent les organes génitaux. Ceux des membres qui nous offrent le plus d'intérêt sont relatifs à leur sensibilité et à leur contractilité; nous nous en occuperons incessamment.

Les modifications de volume, de consistance, de couleur, de température, qui surviennent dans les membres, n'ont guère de valeur particulière.

La chaleur qu'on observe dans la paume des mains et à la plante des pieds dans les maladies de long cours est d'un augure funeste. Le refroidissement des membres dans le déclin des phlegmasies intenses annonce souvent la mort. Les autres changements ont la même valeur pronostique que pour le reste du corps : c'est ainsi que l'enflure, l'emphysème des membres, offrent la même signification que lorsqu'ils se montrent sur d'autres parties.

L'atrophie des membres qui dépend d'une altération ancienne du cerveau est une infirmité et non point un signe pronostique.

§ II. Quoique moins féconds en données pronostiques qu'en signes diagnostiques, les phénomènes morbides de l'appareil locomoteur ne laissent pas d'en offrir un assez grand nombre.

Les signes fournis par les os constituent les caractères principaux de quelques maladies qui portent avec elles leur signification pronostique. Telles sont les tumeurs osseuses syphilitiques, le décollement des cartilages par le scorbut, le gouflement des tissus spongieux par les scrofules, le ramollissement et la courbure des os dans le rachitisme, leur usure dans le voisinage des tumeurs mobiles, anévrysmatiques ou autres; leur carie, etc.

L'augmentation de l'énergie musculaire se montrant dans le délire aigu est un signe redoutable; il l'est moins dans l'aliénation mentale, où il n'annonce pas un danger imminent; dans les convulsions, dont nous parlerons tout-à-l'heure, elle offre une signification variable.

Les lassitudes spontanées, lorsqu'elles sont très-prononcées, annoncent que les maladies qu'elles précèdent d'ordinaire pourront compromettre l'existence. La prostration extrême des forces musculaires est toujours une circonstance des plus défavorables.

La paralysie, accident toujours malheureux, considérée jusqu'à ce jour comme une maladie spéciale, reconnue enfin comme la simple expression d'altérations de diverses natures, la paralysie offre sous le rapport du pronostic les mêmes différences que sous celui du diagnostic, et cela ne saurait être autrement. Il est tout-à-fait absurde de la regarder comme une maladie absolue.

La paralysie générale n'entraîne pas la mort dans tous les cas d'une manière inévitable. Lorsqu'elle est le résultat d'une simple congestion, elle a même rarement cet effet.

On ne doit pas regarder comme une paralysie générale la résolution des membres qui suit la syncope ou l'asphyxie. Cette résolution n'a rien de fâcheux dans la syncope, du moins est-il fort rare qu'elle soit suivie de la mort; cela n'a lieu que dans les affections organiques du cœur et dans les hémorrhagies très-abondantes.

Elle est plus redoutable dans l'asphyxie, laquelle est très-souvent, comme on sait, au-dessus des moyens de l'art.

La paralysie générale est mortelle dans les épanchements qui ont leur siége dans le centre du cerveau, dans les épanchements qui se font jour dans les ventricules, et dans ceux qui sont assez étendus pour comprimer l'hémisphère sain. Je crois qu'il existe peu d'exceptions à cette règle.

Cette paralysie est d'un présage tout aussi funeste dans les ramollissements de l'encéphale.

Si elle succède à une maladie chronique de ce viscère, on doit en tirer le même augure.

La paralysie locale, si précieuse dans le diagnostic des maladies du cerveau, est souvent susceptible de guérison. Ce pronostic est bien différent de celui d'Hippocrate. Une paralysie locale légère, lorsqu'elle est le signe d'une hémorrhagie, se résout presque constamment; moyenne, un peu moins souvent; forte, elle se dissipe encore quelquefois.

La paralysie locale qui dépend d'un ramollissement m'a paru jusqu'à ce jour rebelle à tous nos moyens.

La paralysie d'un seul membre se résout plus facilement que l'hémiplégie, parce qu'elle dépend d'une altération moins étendue.

La paralysie croisée est fâcheuse, puisqu'elle résulte d'une double altération.

La paraplégie peut marcher avec lenteur, mais il est rare qu'elle ne se termine pas tôt ou tard d'une manière fatale.

La paralysie des sens est fâcheuse dans les maladies locales du cerveau; celle où elle offre le moins de danger, c'est l'hémorrhagie.

Lorsque la paralysie des sens se montre dans le cours d'une affection aiguë avec d'autres phénomènes cérébraux, elle est toujours redoutable; elle fait voir que le cerveau s'altère dans les points qui président aux sensations, ou qu'il se forme un épanchement de sérosité ou autre.

La paralysie des sens qui survient par une altération du nerf ou par celle du centre de perception, mais sans autres signes cérébraux et sans phénomènes de réaction, est fâcheuse, mais n'est pas mortelle.

La paralysie de la langue se dissipe presque toujours lorsqu'elle existe seule et qu'elle dépend d'une hémorrhagie ou d'une congestion; il n'en est pas de même dans les autres maladies locales de l'encéphale.

La paralysie qui dépend de l'altération des parties constituantes d'un membre varie sous le rapport du pronostic. Si elle est causée par la compression qu'exerce une tumeur sur le trajet du nerf, le pronostic diffère suivant la nature de cette tumeur; si le défaut de circulation la produit, elle est alors en général funeste.

La violente extension des muscles est souvent suivie d'une paralysie persistante; celle qui suit la colique métallique est ordinairement très-opiniâtre.

Il est inutile de dire quel est le pronostic à tirer des paralysies qui se montrent dans l'agonie des maladies du cœur et autres.

La paralysie qui survient tout-à-coup, sans phénomènes précurseurs, guérit la plupart du temps, à moins qu'elle ne soit très-étendue et très-forte.

La paralysie graduelle est funeste dans la très-grande majorité des cas. On doit en général concevoir quelque espérance de guérison lorsque la paralysie suit une marche rétrograde, quoique dans bien des cas une paralysie qui a diminué d'abord puisse se reproduire avec une nouvelle intensité et se terminer par la mort.

La paralysie stationnaire peut avoir une durée indéterminée; elle est plus incommode que dangereuse, mais elle doit faire craindre un nouvel épanchement.

La paralysie chronique qui augmente par degrés insensibles ne se résout jamais, du moins chez les vieillards.

La raideur et la contracture des membres qui dépendent d'une affection du cerveau sont des signes d'un mauvais augure.

Rien n'est plus alarmant dans les maladies aiguës que les soubresauts des tendons et la carphologie; ces phénomènes cérébraux annoncent que le malade est dans le plus grand péril.

Les convulsions aiguës sont très-graves, surtout lorsqu'elles sont idiopatiques; elles entraînent moins de danger lorsqu'elles sont sympatiques; les convulsions chez les jeunes enfants qui sont dans le travail de la dentition ou affectés de vers ne sont pas sans gravité. Un grand nombre trouvent la mort dans les accès convulsifs.

Les convulsions générales chroniques, telles que celles des hystériques et des épileptiques, sont sans contredit très-fâcheuses, mais ne sont pas nécessairement suivies de la mort.

Les convulsions toniques qui caractérisent le tétanos sont au nombre des accidents les plus sûrement meurtriers.

Les mouvements désordonnés que présente la maladie connue sous le nom de danse de Saint-Weith n'offrent rien de dangereux : ils peuvent persister pendant un temps plus ou moins long; mais je les ai presque constamment vu guérir.

Lorsque dans une maladie aiguë, accompagnée de phénomènes cérébraux idiopatiques ou sympathiques, il survient dans les membres un tremblement inaccoutumé, on doit craindre pour les jours des malades.

§ III. Il est rare que la voix augmente de force, de volume, d'étendue dans les maladies; ce phénomène n'a guère lieu que dans les délires aigus ou chroniques, dans lesquels les malades poussent d'horribles vociférations. Dans ce cas, cette augmentation annonce le bon état des organes vocaux, une surexcitation encéphalique, et n'offre pas d'autre signification pronostique que celle de la maladie dans laquelle elle se montre.

Lorsque la voix faiblit par les causes physiologiques que nous avons citées, on ne doit en tirer aucun mauvais présage.

Il n'en est pas de même lorsque la voix devient faible dans les maladies aiguës : cette faiblesse de la voix, annonçant la chute des forces, est d'un fort mauvais augure.

Mais la faiblesse de la voix décèle d'autant plus sûrement cette chute totale des forces, que la maladie qui la produit a son siége plus éloigné des organes respiratoires.

Lorsque la maladie occupe ces organes, la voix peut être faible, à cause de la douleur que détermine leur exercice, et ce n'est point alors un signe de faiblesse. Il est très-important que ces cas soient bien distingués; car on serait conduit à porter un pronostic erroné, et surtout à faire un traitement opposé à celui qui convient, et conséquemment dangereux. Ainsi la faiblesse de la voix peut arriver directement dans les inflammations des organes vocaux et respiratoires : elle est alors un signe de leur irritation, et n'est pas sans danger. La voix qui faiblit dans les maladies chroniques des mêmes organes est un signe funeste.

La faiblesse de la voix qu'on observe dans quelques affections spasmodiques n'a rien de bien fâcheux. Dans le frisson fébrile, elle n'a pas d'autre valeur que celle du frisson lui-même.

Les variations de ton qu'on observe dans la voix sont graves dans le tétanos et dans les maladies aiguës du cerveau; dans l'hystérie, l'hypocondrie, l'épilepsie, elles le sont infiniment moins.

Lorsque les altérations de la voix dépendent de quelques maladies locales des organes de la respiration, elles présentent, sous le rapport du pronostic, les mêmes différences que sous celui de leur diagnostic. Ainsi le polype nasal, la destruction du voile du palais, le gonflement des amygdales, le croup, l'angine laryngée, trachéale, etc., ont chacune une valeur pronostique différente.

Il en est de même de l'enrouement : il en est un qu'on pourrait presque considérer comme physiologique, et qui n'entraine aucun danger; mais celui qui accompagne l'hydrophobie est mortel; celui qu'on observe dans la syphilis n'est pas sans inconvénient, ainsi que celui qui survient dans les vives inflammations, etc. Nous devons en dire autant des altérations de la voix que produisent les divers engorgements des glandes du cou, et dont le pronostic varie suivant leur nature.

La perte complète de la voix s'observe dans les mêmes circonstances, et n'est guère qu'un degré plus élevé, que l'exagération des phénomènes précédents; le pronostic qu'on doit en tirer est par conséquent plus fâcheux encore.

La perte de la voix, qui arrive dans les hémorrhagies cérébrales, dans les autres maladies locales de l'encéphale, dans la paralysie qui les suit, est généralement d'un très-mauvais présage.

Le tremblement de la voix est un signe fâcheux, soit qu'il dépende d'une maladie aiguë du cerveau, soit qu'il résulte d'un affaiblissement profond.

Le bégaiement habituel n'a rien de fâcheux; c'est un inconvénient désagréable, et c'est tout. Je crois qu'il doit dépendre du défaut de développement de la partie du cerveau qui commande les mouvements de la langue, défaut de développement qui peut bien être dû à une maladie cérébrale qui a frappé le fœtus ou l'enfant en bas âge.

Le bégaiement morbide présente une signification pronostique ordinairement grave.

Lorsqu'il dépend d'une maladie du cerveau, ce qui a lieu dans la majorité des circonstances, il est plus ou moins fâcheux, suivant l'espèce de la maladie. Nous devons remarquer, à mesure que nous avançons dans l'examen du pronostic des divers phénomènes pathologiques, qu'à chaque instant nous sommes forcés de répéter que tel phénomène varie suivant qu'il est dû à telle ou telle maladie; ce qui nous prouve, pour le redire encore, que le pronostic est tout entier dans le diagnostic. Nous serons obligé d'en dire autant pour les indications thérapeutiques; ce qui, en dernière analyse, veut dire, ainsi que nous l'avons affirmé dans la pre-

mière partie de ce cours, que *toute la médecine est dans le diagnostic des maladies.* Ainsi, dans la congestion cérébrale, le bégaiement est moins grave que dans l'apoplexie; dans celle-ci, moins que dans le ramollissement; dans les maladies chroniques et locales de l'encéphale, il est moins immédiatement dangereux; il peut durer plus ou moins de temps dans les tumeurs cancéreuses, osseuses, fongueuses, tuberculeuses.

Lorsqu'il dépend d'une glossite, il est plus ou moins grave, suivant l'intensité de l'inflammation; et dans le frisson fébrile il n'a pas de valeur particulière.

Lorsque la parole est plus facile, plus brusque, plus brève que dans l'état physiologique, elle est alors un signe de délire. Nous parlerons bientôt de la valeur de ce dernier signe.

La perte complète de la parole est peu grave dans les cas de narcotisme et dans les accès d'affections spasmodiques, dans les affections vermineuses, et dans les affections morales vives; elle est plus fâcheuse dans la destruction des organes qui la produisent, et plus funeste encore dans l'altération de ceux qui la commandent.

La pectoriloquie parfaite est un signe des plus graves dans la majorité des cas; il n'y a que ceux où elle peut dépendre d'une disposition physiologique très-rare; et ceux plus rares encore peut-être où la phthisie doit se terminer par la guérison, où ce signe perde sa signification fatale.

La pectoriloquie imparfaite et douteuse ne doit pas faire porter un jugement décisif: ces phénomènes nous laissent encore quelque lueur d'espoir, mais seulement fondée sur leur incertitude.

Quelle que soit la cause matérielle de l'égophonie, toujours est-il que, comme pronostic, elle est un signe assez grave: elle l'est beaucoup moins pourtant dans les maladies aiguës que dans les maladies chroniques.

Le tintement métallique n'arrive que dans les altérations morbides les plus dangereuses: il en est de même de la résonnance et de la respiration métailliques.

§ IV. L'exaltation de la sensibilité générale qui se manifeste dans les maladies aiguës de la peau n'offre rien de bien dangereux, puisque ces maladies sont en général peu graves par elles-mêmes; elle est incommode dans les maladies nerveuses chroniques, telles que l'hystérie, l'hypocondrie, l'épilepsie, sans entraîner d'autre péril que celui qui est attaché à ces genres d'affections; c'est dire assez que l'exaltation de sensibilité qu'on observe dans quelques phlegmasies cérébrales aiguës est un signe fâcheux, puisque ces maladies se terminent rarement par la résolution.

Lorsqu'il existe une compression cérébrale portée à un certain degré, il est assez ordinaire d'observer la diminution de la sensibilité; cette diminution doit toujours faire porter un pronostic fâcheux. Ce signe est plus grave qu'une diminution de contractilité; les maladies dans lesquelles elle se montre guérissent plus difficilement que celles où la contractilité est simplement diminuée. On sent bien que, comme tous les autres, ce pronostic ne peut être absolu, et qu'il est principalement modifié par la nature de la maladie. Il est clair que l'insensibilité qui accompagne un tubercule de l'encéphale est plus grave que celle qui est produite par une congestion.

L'insensibilité générale qu'on rencontre dans les typhus est aussi un signe d'un mauvais caractère.

L'insensibilité générale est plus redoutable que l'insensibilité locale. Dans ce dernier cas, elle n'est que le résultat d'une maladie moins étendue, et souvent de la simple altération d'un nerf, ce qui n'occasionne pas la mort des malades. L'insensibilité locale qui accompagne la paralysie, arrivant par les mêmes causes organiques, offre les mêmes caractères pronostiques.

Nous nous servons ici indifféremment des expressions de diminution de sensibilité ou d'insensibilité, parce que la perte complète du sentiment n'est qu'un degré de plus des mêmes altérations, et doit faire peu varier le pronostic.

La perversion de la sensibilité qui constitue la douleur offre une multitude de significations pronostiques différentes. Son siége, sa nature, son intensité, sa durée, etc., en changent la valeur.

La douleur tensive, gravative, pulsative, annonçant une phlegmasie intense, avec tendance à la suppuration, et même avec suppuration déjà effectuée, est d'autant plus fâcheuse qu'elle se fait sentir plus profondément.

La douleur brûlante intérieure annonce souvent une terminaison fatale; mais il est rare qu'elle soit l'avant-coureur de la gangrène. Cette observation des anciens ne s'est pas confirmée; mais cette douleur existe cependant dans les inflammations gangréneuses extérieures, telles que la pustule maligne, le charbon, etc.; ce qui, par analogie, aura fait conclure qu'elle précédait toujours la gangrène. Au reste, la douleur qui présente ce caractère est toujours grave.

La douleur prurigineuse étant affectée aux téguments ne présente que bien rarement du danger; la douleur âcre et mordicante est plus fâcheuse.

Quel que soit le siége de la douleur lancinante, on doit la redouter, puisqu'elle est la compagne d'une maladie mortelle; mais l'organe qu'elle occupe ajoute à son danger ou le diminue.

Les douleurs fixes continues sont en général plus graves que les douleurs variables, mobiles, intermittentes; elles annoncent qu'il se forme un travail local dans l'organe qui en est le siége. Lorsqu'elles sont mobiles, au contraire, cette mobilité ne permet pas de croire qu'il y ait une altération profonde de tissu. Cette distinction est très-importante; je m'en suis servi souvent pour rassurer un grand nombre de malades, non-seulement pour les gens du monde, mais pour des étudiants en médecine et des médecins. Les personnes qui souffrent s'imaginent facilement qu'elles ont quelque *organe attaqué;* mais si la douleur est variable, il est facile de leur faire comprendre que tous les organes ne peuvent pas être altérés successivement d'une manière profonde.

Les douleurs périodiques peuvent être fort incommodes et fort difficiles à guérir, mais elles sont rarement dangereuses.

La gravité de la douleur est en général proportionnée à son intensité: il est cependant un grand nombre de circonstances qu'il ne faut pas négliger dans l'appréciation de la douleur. La nature de la maladie, le caractère du malade, feront beaucoup varier le jugement. Dans une maladie d'une nature innocente, telle que le zona, par exemple, la violence de la douleur n'ajoutera rien au pronostic. Chez un malade très-sensible, très-irritable, une douleur très-intense aura peu de valeur; elle en aura moins encore chez un sujet pusillanime.

La céphalalgie générale est plus ou moins fâcheuse; dans les maladies aiguës, elle doit faire craindre que les méninges ou le cerveau ne s'enflamment.

La céphalalgie locale, circonscrite, fixe, persistante, fait redouter un travail local dans le cerveau, ce qui est toujours funeste; on acquiert la malheureuse certitude de cette altération s'il existe en même temps de l'engourdissement, des fourmillements, une paralysie commençante dans les membres du côté opposé à la douleur.

Les douleurs d'oreilles ne sont pas seulement incommodes, elles sont fréquemment accompagnées de danger. Le voisinage de cet organe avec le cerveau doit toujours faire craindre que celui-ci ne se prenne lorsque celui-là est affecté. L'otite n'est cependant pas toujours une maladie grave : lorsqu'il existe quelque altération profonde des parties constituantes de l'oreille, l'otalgie est plus fâcheuse; mais elle est surtout très-redoutable lorsqu'elle est produite par une maladie du cerveau.

Les douleurs à la nuque, avec congestion vers la tête, sont graves; les douleurs opiniâtres dans les épaules, dans le dos, sous le sternum, décèlent la présence alarmante des tubercules.

Les douleurs dorsales, dans la carie vertébrale, sont presque constamment suivies de la mort. Je connais cependant un cas exceptionnel bien remarquable.

Le pronostic des douleurs thoraciques varie suivant qu'elles sont superficielles ou profondes, qu'elles sont le symptôme d'une maladie aiguë ou d'une affection chronique, etc.

La douleur épigastrique est très-grave lorsqu'elle est très-violente, persistante, lancinante, etc. Si elle est modérée, et qu'elle se calme facilement par les moyens de l'art, elle n'entraîne aucun danger.

Les douleurs abdominales vives, augmentant beaucoup par la pression, sont très-dangereuses.

Les douleurs non inflammatoires sont moins à craindre que les autres; les douleurs nerveuses, celles que produisent les gaz, les vers intestinaux, les invaginations, sont peu redoutables; les hernies et la colique métallique en déterminent de plus fâcheuses.

Dans les lombes, les douleurs qui précèdent les hémorrhagies utérines et hémorrhoïdales sont peu alarmantes; mais on doit redouter celles que produisent le mal de Pott, les cancers de la matrice et du rectum, etc.

Les douleurs hypogastriques sont fâcheuses dans la cystite, plus fâcheuses dans le calcul urinaire, de la dernière gravité dans le cancer de la vessie.

La disparition subite d'une douleur violente s'observe lorsqu'une inflammation se termine par gangrène. On conçoit sans peines toutes les conséquences d'un pareil phénomène.

Les troubles divers que présentent dans les maladies les organes des sens et des sensations fournissent des données pronostiques d'un assez haut intérêt.

L'exaltation de la vue est un signe peu grave dans l'ophthalmie, mais fort à craindre dans l'inflammation des méninges et du cerveau; il l'est moins dans la simple congestion. Dans les phlegmasies intenses, il indique toujours une violente surexcitation. Cette exaltation est moins dangereuse dans les névroses générales.

Les erreurs, les illusions de la vue, les étincelles, les feux, les bluettes que les malades croient voir, offrent à peu près la même signification. Les mouches, les toiles d'araignées, les brouillards, les nuages, et autres corps qui voltigent devant les yeux, sont toujours fâcheux lorsqu'ils annoncent la cécité produite par la cataracte et par l'amaurose. Ils le sont plus encore dans les diverses affections cérébrales. Il faut en excepter néanmoins les différentes névroses.

L'affaiblissement de la vue est d'un sinistre augure dans les maladies aiguës, et aussi vers la fin des maladies de long cours.

La cécité est un des grands malheurs qui affligent l'espèce humaine. Lorsqu'elle survient dans les maladies aiguës du cerveau, elle doit inspirer les plus grandes craintes pour les jours des malades.

Ce que nous venons de dire concernant les troubles de la vue peut s'appliquer, avec de légères différences, à l'ouïe.

Dans les maladies aiguës, lorsque l'ouïe devient très-sensible, on doit craindre que les méninges ou le cerveau ne se prennent, à moins que le sens lui-même ne devienne le siége d'une inflammation. Dans toutes les phlegmasies violentes, mais principalement dans celles de l'encéphale et de ses dépendances, le moindre bruit est en effet insoutenable; ce qui est un signe fâcheux.

Les illusions de l'ouïe qui dépendent d'une altération du sens lui-même font craindre la surdité. Elles n'ont rien de bien grave dans les névroses chroniques; mais dans les maladies aiguës, elles doivent toujours faire redouter un travail vers le cerveau, ou du moins une congestion. Elles constituent un certain nombre de signes, tous dignes d'une attention sérieuse.

La surdité qui arrive dans les maladies aiguës, quelle que soit l'époque de la maladie, m'a toujours paru un accident fatal. Je n'ai jamais vu vérifier le pronostic de Sarcône, qui affirme que la surdité est quelquefois critique. La surdité produite par l'épuisement des malades est un signe mortel.

Il est fâcheux que l'ouïe soit alternativement dure et fine : le cerveau et ses dépendances ne tardent pas à s'enflammer.

La surdité qui est la suite d'une altération de quelque partie constituante de l'ouïe ne doit pas entrer dans notre plan.

Le sens de l'odorat fournit au médecin les mêmes prénotions que les sens dont nous venons d'examiner les altérations; elles inspirent en général moins d'intérêt que celle-ci. Ce qu'il y a de plus important, c'est de distinguer si la cause des troubles que l'on observe gît dans ce sens lui-même ou dans le cerveau. Ce diagnostic une fois porté, le pronostic en découle naturellement : il est peu grave dans le premier cas; il peut être très-fâcheux dans le second.

Le goût présente des anomalies analogues aux précédentes. Son exaltation n'a rien de grave dans les névroses chroniques; il n'en est pas de même dans les affections aiguës de l'encéphale.

La saveur acide, douce, fade, amère, que les malades croient reconnaître dans les substances qu'ils ingèrent dans leur estomac, n'indiquant en général que l'irritation ou l'embarras de ce viscère, n'offre aucun présage bien funeste; il n'en est pas de même de la saveur hydrosulfureuse, fétide, qui n'arrive que dans les maladies graves.

La diminution ou l'abolition du sens du goût survient dans la plupart des maladies; nous y avons reconnu une espèce de sollicitude de la part de la nature, qui forçant le malade de garder l'abstinence, l'empêche d'introduire dans l'économie des moyens nouveaux d'irritation et de congestion.

Le perversion du toucher qui consiste à faire croire à l'existence de corps qui n'existent réelle-

ment point, annonce le délire, et conséquemment une maladie cérébrale, et décèle du danger.

Le toucher qui est diminué dans les typhus et dans les affections commençantes de l'encéphale est d'un mauvais présage.

Nous avons exposé d'ailleurs, en parlant de la sensibilité générale, les autres signes que le toucher peut présenter. Il est difficile de séparer exactement ces deux sujets, qui ont l'un avec l'autre tant de connexions.

§ V. Les changements qui surviennent dans le caractère sont d'autant plus fâcheux qu'ils s'éloignent davantage de l'état naturel.

Les modifications de caractère sont un signe de délire, ou simplement un effet de la douleur. Elles sont fâcheuses dans l'un ou l'autre cas, puisqu'elles annoncent des altérations plus ou moins profondes, ou dans l'organisme entier, ou dans le premier de tous les organes, le cerveau.

Un malade qui méconnait ses proches et ses amis est dans un délire profond, et par conséquent dans un état grave.

Pour porter un pronostic assuré, d'après les changements survenus dans le moral, il est important de connaître le caractère habituel du malade et les changements que les maladies peuvent y apporter.

Il est d'un mauvais augure qu'une personne habituellement courageuse tombe dans le découragement; cela annonce une altération profonde de l'économie animale, déterminée par la maladie; et par un cercle vicieux ce découragement influe à son tour d'une manière funeste sur l'organisme, et empêche la résolution. Voilà pourquoi il est généralement vrai de dire que les personnes courageuses guérissent plutôt que celles qui sont pusillanimes, soit que ce courage dépende du bon état de l'organisation, soit qu'il dispose celle-ci d'une manière favorable. Tous les militaires frappés du typhus, en 1814, qui se croyaient perdus dès les premiers jours de la maladie, succombaient en effet, quels que fussent les moyens mis en usage.

Le cerveau tient tous les autres organes sous sa dépendance, et influe directement sur leurs fonctions. Est-il bien disposé, toutes les fonctions se feront bien, et la guérison des maladies s'opérera facilement, l'est-il mal, tous les actes des autres viscères seront plus ou moins entravés, et les maladies ne se résoudront pas. De là, le conseil de soutenir le moral, c'est-à-dire de disposer favorablement l'encéphale; de là, le pronostic plus ou moins heureux ou malheureux, suivant que le moral est plus ou moins bon, plus ou moins altéré.

Les plaintes d'un malade faible de caractère ont moins de valeur que celles d'un malade patient et courageux, quoiqu'il ne soit pas bon que les malades exagèrent leurs douleurs.

Une grande indifférence sur sa position, dans une maladie grave, est un signe au moins aussi funeste que la crainte exagérée de la mort.

Une gaieté excessive, sans motif raisonnable, est un signe de délire, et conséquemment une circonstance fâcheuse. Il en faut dire autant d'une grande tristesse.

On ne doit pas regarder l'impatience, l'irritabilité, la rudesse, chez les personnes douces, sensibles et patientes, comme des signes sans danger. Ces changements d'humeur sont toujours occasionnés par des perturbations plus ou moins graves; mais leur valeur varie suivant une multitude de circonstances qu'il est impossible d'exposer ici. La nature de la maladie, sa durée, la constitution naturelle du malade, les circonstances qui l'entourent, etc., pourront avoir sur ces changements de caractère une influence variable que le médecin instruit et doué de sagacité pourra facilement apprécier.

§ VI. Les phénomènes morbides qu'on observe dans l'intelligence ne peuvent être indifférents, puisqu'ils dépendent tous d'un changement primitif ou consécutif de l'encéphale.

L'augmentation de l'intelligence qui arrive vers la fin de quelque maladie aiguë ou chronique est un avant-coureur de la mort.

La diminution de l'intelligence qui caractérise la démence ou l'idiotie est un des malheurs les plus déplorables qui puissent affliger l'espèce humaine.

La stupeur est un signe des plus graves; il n'est cependant pas toujours mortel.

La perte complète de l'intelligence n'a pas la même signification dans toutes les maladies où elle se montre. Elle est mortelle dans le ramollissement cérébral et dans toutes les maladies chroniques de l'encéphale parvenues à leur dernière période. Elle est très-grave dans l'hémorrhagie du cerveau; elle l'est un peu moins dans la congestion; elle est à craindre dans l'asphyxie, et peu fâcheuse dans la syncope.

La perte de connaissance qui signale l'invasion d'une maladie aiguë est un accident du plus redoutable augure.

L'altération de l'intelligence qui constitue le délire est toujours une circonstance malheureuse, mais à des degrés divers.

Le délire chronique est le principal phénomène de l'aliénation mentale. Les auteurs qui ont traité *ex professo* de cette matière, en ont distingué de beaucoup d'espèces et de variétés. Ils auraient mieux fait de chercher à déterminer sa cause organique.

La distinction du délire en idiopathique et symptomatique est très-importante. Le délire qui arrive dans les maladies des organes éloignés du cerveau, est toujours un mauvais signe; il annonce une maladie grave, il indique que le cerveau se prend consécutivement. Ce délire est moins fâcheux chez les individus faibles, mobiles, irritables, parce qu'il faut une cause moindre pour le déterminer.

Le délire idiopathique est un accident redoutable.

Ce n'est pas impunément que la partie du cerveau qui préside à l'intelligence, est en souffrance.

Le délire profond, persistant, dont on ne peut tirer le malade, est bien plus fâcheux que le délire léger, fugace, intermittent, et que l'on fait cesser facilement.

Le délire furieux a été regardé comme plus funeste que le délire tranquille, et le délire triste que le délire gai.

Lorsqu'après le délire le malade recouvre tout-à-coup la raison, si les autres mauvais signes persistent, la mort n'est pas éloignée : le médecin doit se méfier de ce calme perfide.

Plusieurs phénomènes précurseurs peuvent faire reconnaître l'invasion prochaine du délire :

Une expression et une couleur particulières de la face, l'air étonné, la fixité du regard, des mouvements spasmodiques dans les ailes du nez et dans les lèvres qui paraissent serrées ainsi que les mâchoires, une insomnie opiniâtre, des inquiétudes, de l'anxiété, une céphalalgie intense, des étourdissements, des vertiges, des éblouissements, des hallucinations, phénomènes auxquels il faut joindre la chaleur vive de la peau, la force, la fréquence du pouls, la soif ardente, la tension de l'épigastre et des hypocondres, des efforts redoublés de vomissement, etc., doivent faire redouter le délire.

Il est inutile d'ajouter que la gravité du délire est plus ou moins grande suivant la maladie dans laquelle on l'observe.

On a prétendu que le délire, même violent, qui précédait une évacuation critique, était plutôt favorable que fâcheux; cette assertion ne nous paraît pas fondée.

§ VII. S'il est bon que le sommeil soit profond et réparateur, il est tout simple que l'insomnie soit une circonstance défavorable, et d'autant plus qu'elle est plus opiniâtre; mais l'insomnie est loin d'offrir le même présage dans les diverses maladies où on l'observe, c'est bien certainement ici un phénomène purement relatif.

Le sommeil naturel est toujours salutaire, soit qu'il succède aux convulsions, au délire, à des accès de maladies nerveuses, à des paroxysmes fébriles, etc. Quelques médecins l'ont même, dans ces cas, considéré comme critique.

L'insomnie qui précède et suit le délire est un signe fâcheux.

Chez les enfants, un sommeil pendant lequel on remarque des grincements de dents ou autres symptômes spasmodiques, annonce les convulsions ou simplement la présence des vers dans les intestins; il est évidemment plus grave dans le premier cas que dans le second.

C'est aussi un signe fâcheux que le sommeil des malades soit agité, interrompu par des rêves pénibles.

Le coma qui accompagne toutes les maladies cérébrales avec compression, est un signe des plus funestes : il présente cependant moins de danger dans la congestion cérébrale que dans les autres maladies, et moins aussi dans l'apoplexie que dans le ramollissement, etc.

Si le coma est porté à un très-haut degré, si le carus ou la léthargie, qui ne sont que des degrés comateux très-prononcés, existent, le danger est proportionné à la difficulté qu'on éprouve pour retirer le malade de cet état.

TROISIÈME SECTION.

DES PHÉNOMÈNES MORBIDES DES APPAREILS DE LA GÉNÉRATION, CONSIDÉRÉS COMME SIGNES PRONOSTIQUES.

Nous ne devons pas parler ici des accidents primitifs et consécutifs de la syphilis; ces détails appartiennent aux traités spéciaux sur cette matière; ils présentent plus ou moins de gravité suivant leur nombre, leur étendue, leur profondeur, la rapidité de leur marche, leur durée, leur résistance plus ou moins grande aux divers moyens employés pour les combattre.

Le satyriasis est rarement un phénomène dangereux, lorsqu'il dépend d'une continence absolue; la nature y met souvent un terme au moyen de quelque évacuation nocturne, il est un bon signe dans la convalescence; il peut avoir quelques inconvénients dans la mélancolie érotique; il est plus fâcheux lorsqu'il accompagne un épuisement profond.

Le priapisme qui se montre dans la blennorrhagie est un phénomène incommode et douloureux, mais qui n'offre aucun danger. Il n'en est pas de même de celui qu'on observe dans la cystite, la néphrite, qui est déterminé par la présence d'un calcul, etc. Celui-là est un signe fâcheux; il annonce une vive irritation des organes malades, et secondairement des organes génitaux.

Dans quelques épilepsies et dans certaines hypocondries, il existe des érections continuelles avec pertes spermatiques; ces évacuations excessives font tomber les malades dans le marasme et les conduisent à la mort.

A la suite de l'épuisement causé par la masturbation, le priapisme précède le délire, les convulsions.

La rétraction du testicule, la douleur que le malade ressent dans cet organe et dans l'aine d'un même côté, sont quelquefois des signes de néphrite calculeuse, et annoncent une vive inflammation.

Le pénis est souvent très-volumineux chez les hommes qui commettent de fréquents excès vénériens, et qui sont adonnés à l'onanisme; cette augmentation de volume n'est pas toujours une preuve de l'énergie de ces organes; au contraire, elle n'annonce souvent qu'une disposition à se laisser pénétrer plus facilement par les fluides. Il est remarquable que ces parties sont très volumineuses chez les vieillards.

La flaccidité constante du membre viril est un signe d'impuissance; incommodité sans doute déplorable, puisqu'elle empêche l'homme de jouir d'une des plus belles prérogatives de son organisation, mais enfin elle n'entraîne aucun danger.

La mollesse et l'inaction du pénis, qui surviennent dans les maladies aiguës, n'ont rien de fâcheux, puisqu'elles disparaissent avec ces maladies. Il n'en est pas de même dans quelques affections cérébrales chroniques et dans celles de la moelle épinière.

On a quelquefois remarqué le gonflement, l'inflammation du testicule vers la fin des maladies aiguës; c'est un phénomène critique peu favorable.

L'infiltration consécutive du scrotum est au nombre des signes d'un mauvais caractère.

Chez les femmes, l'utérus et ses annexes sont susceptibles d'une multitude d'altérations morbides qui se trouvent hors du sujet que nous traitons, parce qu'elles constituent des maladies particulières. Ainsi les chutes de matrice, ses déplacements, ses vices de position, ses inflammations, ses ulcères, ses polypes, ses tumeurs fibreuses, etc., constituent des affections propres dont nous ne devons pas nous occuper sans empiéter sur le domaine de la pathologie spéciale. Il en est de même des inflammations, des tumeurs, des ulcères du vagin, et des parties génitales externes.

L'infiltration de ces dernières n'a pas d'autre valeur que celle des organes génitaux de l'homme. On a observé des abcès critiques dans les grandes lèvres. Médecin d'un hôpital de femmes depuis vingt ans, je n'ai jamais rien vu de semblable.

Les maladies de l'utérus que nous avons énumérées tout-à-l'heure produisent des douleurs qui se font sentir dans l'hypogastre, les aines, les cuisses, etc.; ces douleurs sont plus ou moins fâcheuses suivant la nature de la maladie qui les occasionne.

Mais ce qui mérite de fixer particulièrement l'attention du médecin sous le rapport du pronostic, c'est l'évacuation menstruelle. On peut affirmer que la santé d'une femme ne sera jamais parfaite tant que cette fonction sera dérangée.

Lorsque, dans les maladies aiguës ou chroniques, les règles se suppriment, on doit craindre que la résolution ne soit difficile; on peut même assurer qu'elle n'aura lieu que lorsque cette fonction sera rétablie dans son état physiologique.

On conçoit, par la même raison, qu'il est favorable que les menstrues paraissent à leur époque pré-

cise et viennent avec leur abondance accoutumée dans le cours d'une maladie.

Il est moins fâcheux que les menstrues arrivent plus tôt qu'à l'ordinaire que si elles arrivent plus tard. Il est rarement désavantageux qu'elles coulent plus que de coutume, à moins que cet écoulement ne soit porté au point d'affaiblir considérablement la malade.

Les hémorrhagies utérines, qui surviennent hors des époques menstruelles, n'ont pas la même valeur pronostique.

On a remarqué, par exemple, qu'elles précédaient souvent une solution favorable des maladies aiguës; elles s'annoncent alors par des signes que nous avons exposés précédemment.

Les hémorrhagies utérines symptomatiques sont en général dangereuses, mais à des degrés différents. L'hémorrhagie symptomatique d'un cancer utérin est plus fâcheuse que celle d'un polype; celle-ci plus que celles que produisent des varices. La métrorrhagie scorbutique est un accident grave; celle qui est consécutive à une affection du cœur, l'est plus encore, mais elle est rare.

L'hémorrhagie consécutive à un avortement est rarement mortelle dans les premiers mois de la grossesse; elle est d'autant plus dangereuse qu'on s'approche davantage du terme de la gestation. Depuis le septième mois jusqu'au moment de l'accouchement les hémorrhagies utérines sont très-redoutables.

Le danger de ces hémorrhagies est d'autant plus grand qu'elles sont plus abondantes.

Le médecin doit aussi fixer son attention sur les lochies. Il est de la plus haute importance que cet écoulement sanguin se fasse convenablement : trop abondant, il peut entraîner la perte des malades; trop peu, il doit faire craindre une congestion ou un travail inflammatoire dans quelque viscère. Leur suppression dans les premiers jours qui suivent l'accouchement est une circonstance des plus malheureuses : on devra mettre en usage tous les moyens possibles pour les rétablir.

QUATRIÈME PARTIE.

DE LA THÉRAPEUTIQUE.

PREMIÈRE DIVISION.

BASES FONDAMENTALES DU TRAITEMENT DES MALADIES.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

S'il est un spectacle affligeant pour le médecin philosophe, c'est de voir sur quelles misérables indications on a jusqu'à nos jours appuyé le traitement des maladies. Qu'on ne pense pas que le plaisir de nous livrer à de vaines déclamations nous porte à blâmer ce qu'ont fait nos devanciers. Qu'on ne dise pas que depuis long-temps l'art est débarrassé des erreurs dégoûtantes que les ténèbres du moyen âge nous ont transmises. Qu'on se donne seulement la peine de réfléchir à ce qui se passe sous nos yeux; qu'on réfléchisse à la thérapeutique des médecins vitalistes, à celle des médecins physiologistes, enfin à la thérapeutique de tous les systématiques, et qu'on nous dise si le sens commun a présidé à l'invention des méthodes curatives qu'ils prônent et mettent en pratique. Nous ne répéterons pas ce que nous avons eu occasion de dire déjà en plusieurs endroits de cet ouvrage, mais nous y renvoyons (1). Qu'on jette les yeux aussi sur les formulaires les plus récents, et l'on verra s'il est inutile de s'élever avec indignation contre les thérapeutiques régnantes; non que tout soit erreur et mensonge, mais l'erreur et le mensonge dominent tellement, que les vérités y sont aussi clair-semées que l'or dans le fumier d'Ennius.

Les principes de thérapeutique que nous allons exposer doivent diriger le médecin dans le traitement de toutes les maladies. Il nous semble bien plus philosophique, et en même temps bien plus facile et plus court, d'exposer ensemble et en une seule fois les circonstances qui doivent nécessiter tel genre de traitement ou tel autre, et d'exposer en peu de mots les principaux moyens thérapeutiques que nous possédons, que de répéter de la manière la plus rebutante la fastidieuse énumération des mêmes moyens et des mêmes indications après l'exposition des symptômes de chaque maladie.

Cette dernière méthode n'est pas seulement la plus fatigante, elle entraîne encore de bien graves inconvénients. D'abord elle occasionne une grande perte de temps en forçant à recommencer pour toutes les maladies l'exposition des mêmes moyens; mais le plus grave de tous ces inconvénients est de ne parler qu'à la mémoire; le jeune médecin qui aura appris par cœur toute la série des moyens prônés pour une maladie, croira être d'autant mieux en état de la traiter, qu'il en saura un plus grand nombre. Telle est aussi l'opinion des malades et des gens du monde; telle est l'opinion sur laquelle sont fondés les succès des codex et des formulaires. Rien n'est cependant plus faux et plus dangereux. Ce n'est pas la connaissance des moyens thérapeutiques qui fait le médecin; s'il en était ainsi, les herboristes et les apothicaires seraient les meilleurs médecins : c'est la connaissance de l'opportunité, c'est la connaissance de l'indication; c'est cette connaissance seule qui distingue le véritable médecin de tous les médicastres guérisseurs et polypharmaques qui infestent la société. Rien n'est plus faux que de dire : tel moyen convient dans telle maladie, et par conséquent rien n'est plus dangereux. On ne peut pas même dire que la saignée convient dans la pneumonie : 1°, parce qu'il est des pneumonies qui guérissent sans la saignée; 2°, parce qu'il en est dont la saignée causerait même la terminaison par la mort; 3°, parce que dans celle où la saignée convient, il est encore une foule de circonstances qu'on ne saurait exposer à chaque maladie, et qui exigent que la saignée soit plus ou moins copieuse, plus ou moins répétée, etc.; et remarquez que nous citons ici un des cas les plus clairs et les plus favorables à l'opinion contraire à la nôtre. Notre méthode au contraire parle au jugement et à la raison; nous disons au médecin : le traitement d'une maladie quelconque doit varier suivant que domine tel phénomène morbide, que la maladie occupe tel organe, qu'elle présente telle marche, qu'elle est aiguë, chronique, qu'elle a atteint telle période, qu'elle est de telle nature; qu'elle affecte un sujet de tel âge, de tel sexe, de telle force, de telle constitution, etc., etc. Chacune de ces circonstances, qu'il faut savoir apprécier avec justesse, exige une modification dans les moyens à y employer : c'est à vous de choisir. Après quoi nous exposons les moyens thérapeutiques que nous possédons pour remplir ces indications. De cette manière c'est à l'intelligence que nous nous adressons; en peu de temps le jeune médecin doit être capable d'en faire l'application au lit du malade.

Ainsi nous rejetons cette vieille méthode de mettre à la suite de chaque maladie l'énumération des prétendus moyens qui lui conviennent, et qui véritablement ne lui conviennent jamais d'une manière absolue. Tout au plus serait-il nécessaire d'exposer quelques particularités propres à quelques affections, mais que l'exercice clinique apprendra toujours beaucoup mieux.

Un jeune médecin qui sera bien pénétré de nos principes marchera bien plus sûrement dans le traitement des maladies que celui dont la mémoire sera la plus riche en formules et en connaissances de matière médicale; il sera bien plus apte que celui-ci à *agir sa leçon*, à pratiquer en un mot. Celui-ci sera toujours embarrassé sur le choix des

(1) Pages 30 à 35.

moyens qu'il devra mettre en usage; il ne sera guidé par aucune indication précise; l'autre, au contraire, n'aura recours à un agent thérapeutique que lorsqu'il en aura reconnu l'urgence sur des signes positifs; enfin, il fera une médecine rationnelle lorsque l'autre ne fera qu'une médecine empirique et hasardeuse.

La méthode que nous avons adoptée forme donc de véritables médecins, tandis que l'autre ne forme que des empiriques. Toute la médecine est dans la science des indications; et la première, la plus importante de ces indications, c'est la connaissance de la maladie qu'on doit combattre. Nous pensons avoir fait sentir assez l'utilité de cette connaissance, et avoir donné les moyens suffisants de l'acquérir, par ce qui a été dit précédemment dans cet ouvrage. Dans ce qui nous reste à exposer, nous allons faire connaître les circonstances qui exigent tel mode de traitement de préférence à tel autre; nous aurons de nouvelles et de fréquentes occasions de confirmer cette vérité fondamentale de notre système, que c'est presque toujours en faisant reconnaître quelle est la maladie qui existe, que les phénomènes morbides acquièrent une valeur thérapeutique.

« Après avoir étudié cette dernière partie de notre ouvrage, tout jeune médecin doit être capable de traiter de la manière la plus simple, la plus sûre, la plus prompte, la plus convenable en un mot, quelque maladie que ce soit, entourée de quelque circonstance qu'on puisse imaginer. » Peut-on espérer le même résultat par les méthodes ordinaires?

C'est pour atteindre ce point désirable que depuis tant d'années nous nous sommes livré à des discussions énergiques et soutenues, que nous avons appuyées par des exemples fournis par la nature. Si nous avons été compris, nous allons enfin retirer le fruit de nos travaux; nous allons voir éclore une thérapeutique rationnelle. Désormais on ne frottera plus les membres paralysés pour rappeler les propriétés vitales abolies; on ne prodiguera plus les *antispasmodiques* pour ramener l'ordre dans la contractilité pervertie; on ne donnera plus des *emménagogues* pour rappeler les règles déviées ou supprimées; on n'administrera plus des *antiémétiques* contre les vomissements; on n'appliquera plus les sangsues sur l'épigastre pour guérir toutes les maladies, etc., etc.; mais on cherchera la cause organique de tous les désordres fonctionnels, et c'est sur elle qu'on basera son traitement.

Les discussions médicales seraient purement oiseuses si elles n'avaient pour but de rendre plus rationnel le traitement des maladies. Lorsque Thémison cherchait à prouver que toutes les maladies dépendaient du *strictum* et du *laxum*, quel autre but pouvait-il avoir sinon de prouver que les maladies devaient être traitées par les relâchants et les toniques? Lorsque Galien employait l'une des plus riches imaginations que la nature ait jamais produites à établir que toutes les affections étaient le résultat de l'humide, du sec, du chaud et du froid, quel pouvait être son dessein sinon de prouver que les maladies devaient être traitées par l'humide lorsqu'elles dépendaient du sec, par le chaud lorsqu'elles dépendaient du froid, et réciproquement? Les vitalistes, les animistes, les solidistes, les humoristes, que se sont-ils proposé, sinon d'établir, sur des bases qu'ils croyaient plus solides que celles de leurs prédécesseurs, la thérapeutique des maladies? Que voulut Brown en reproduisant sous d'autres noms les principes du méthodisme? Que voulut M. Broussais en n'adoptant du système de Brown que la sthénie, en faisant de l'irritation le principe unique de toutes les maladies, sinon fonder une thérapeutique nouvelle?

En combattant nous-même avec tant de chaleur et de persévérance les opinions de ceux qui nous ont précédé, nous n'avons pu avoir d'autre intention que celle de baser le traitement des maladies sur des principes plus sûrs qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. Aussi pensons-nous que le lecteur intelligent aura pu reconnaître, par ce que nous avons exposé dans ce qui précède, quel est le traitement le plus convenable pour chaque affection. Tous nos efforts ne peuvent avoir eu pour objet que d'atteindre ce but intéressant; à quoi bon en effet toutes nos discussions, si ce n'est, en dernière analyse, pour arriver à cette fin? Ils seraient bien stériles et bien vains s'ils n'aboutissaient à ces résultats avantageux.

Lorsque nous avons soutenu avec tant de force qu'il ne pouvait y avoir dans l'homme vivant que des organes en exercice, qu'avons-nous voulu prouver, sinon que les symptômes, qui n'étaient que des dérangements fonctionnels, n'étaient que des effets, qu'une suite d'un dérangement organique; que, par conséquent, ils ne pouvaient être considérés comme des maladies et comme fournissant des indications thérapeutiques; que c'était à leur cause qu'il fallait remonter, que c'était l'organe altéré seul qui devait former la base du traitement, si on voulait l'asseoir sur quelque chose de positif; que, par conséquent, le *diagnostic* était la connaissance la plus utile *pour le traitement des maladies?* Et qu'on ne vienne pas nous dire que cette vérité était généralement admise, lorsque des médecins soutenaient et soutiennent encore que l'empirisme seul doit diriger dans l'emploi des moyens curatifs; lorsqu'en Allemagne une secte entière ne reconnait que les symptômes comme indications curatives, et lorsque tous les jours on se bat encore les flancs pour trouver des faits où les symptômes ne sont pas en rapport avec les altérations des organes.

Lorsque nous avons soutenu que tous nos organes pouvaient être primitivement malades, qu'avons-nous voulu prouver, sinon qu'il était dangereux de traiter toujours le même viscère, l'estomac, et de négliger tous les autres?

Quel a été notre but en soutenant que les fluides pouvaient être primitivement malades, sinon qu'il pouvait être dangereux de ne pas diriger contre ces parties constituantes de l'organisme des moyens directs et efficaces?

Quelle autre intention pouvions-nous avoir en cherchant à démontrer qu'il existait des maladies de diverses natures, des maladies spécifiques, sinon que la chimère d'une maladie unique et d'une panacée pouvait entraîner la perte d'un grand nombre de malades, en faisant négliger de chercher à un grand nombre d'affections leur véritable remède? N'est-ce pas parce que nous avons été frappé de l'insuffisance des sangsues dans la rage, dans la peste, etc., que nous avons insisté pour qu'on cherchât à ces affections un moyen curatif plus certain? Enfin, à quoi nous eût servi de chercher à établir que, les forces variant beaucoup chez les divers individus, les maladies ne pouvaient pas être traitées par une seule et même méthode curative? Tous nos efforts n'ont donc eu pour but que le traitement des maladies; c'est pour apprendre à traiter les maladies mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici, que nous avons entrepris nos cours et nos ouvrages. Les principes que nous y avons exposés, généralement accueillis et adoptés aujourd'hui, même

par les médecins qui se disent encore physiologistes, nous sont un sûr garant que nous avons atteint notre but.

Qu'ils cessent donc ces reproches absurdes et contradictoires, qu'on peut fort bien connaître le diagnostic des maladies sans en connaître le traitement! Que les malveillants qui les font, et les ignorants qui les répètent, reconnaissent enfin qu'on ne peut prétendre à un traitement rationnel, et partant efficace, qu'autant qu'il est basé sur cette connaissance capitale, le diagnostic de la maladie, et que tout médecin qui est privé de cette connaissance est indigne de ce nom! A quoi lui servira en effet la connaissance des drogues, s'il ignore où, quand et comment il faut en faire usage?

En nous résumant, nous reconnaissons donc que le diagnostic est la première de toutes les indications. Nous ne pensons pas que cette proposition puisse être aujourd'hui sérieusement contestée; et nous aurons encore de fréquentes occasions de le prouver en parlant des phénomènes morbides en particulier, considérés comme signes thérapeutiques. A chaque instant nous serons obligés de dire : tel phénomène morbide présente une indication variable, suivant qu'il appartient à telle ou telle maladie; et, pour ne pas répéter à satiété cette locution qui se représentera sans cesse, nous la passerons sous silence, comme nous l'avons fait dans la partie précédente. Mais si le diagnostic est la base la plus sûre de toute espèce de traitement, nous verrons aussi que, toutes choses étant égales d'ailleurs, il est d'autres circonstances qui font varier ce traitement. Ces circonstances appartiennent à la maladie elle-même, à l'individu ou aux influences extérieures. Parmi les circonstances qui appartiennent à la maladie, nous trouvons ses causes, sa nature, sa marche, sa durée, etc.; parmi celles qui appartiennent à l'individu, son âge, ses forces, sa constitution, son sexe, ses habitudes, etc.; parmi les circonstances extérieures, les saisons, les climats, les habitations, etc. Nous allons passer en revue ces diverses bases de tout traitement méthodique des maladies.

PREMIÈRE SECTION.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES TIRÉES DES MALADIES.

Ainsi que nous venons de le voir, les indications de traitement varient, pour ce qui concerne les maladies elles-mêmes, suivant le siége, les causes, la nature, la marche, la durée, les périodes, les complications, les maladies antécédentes et les divers aspects des phénomènes morbides. Nous allons commencer par ces derniers l'exposition de ces diverses circonstances.

Il est quelques phénomènes morbides qui possèdent par eux-mêmes une signification thérapeutique; il en est qui déterminent à employer telle espèce de traitement plutôt que telle autre; il en est d'autres qui modifient seulement le traitement mis en usage; il en est enfin dont la valeur dépend entièrement de la maladie à laquelle ils appartiennent : ceux-ci sont les plus nombreux; après eux, ceux du second ordre; enfin ceux du premier. Nous allons les exposer succinctement.

Des phénomènes morbides considérés comme signes thérapeutiques.

Nous croyons avoir démontré par des preuves irrécusables que la plus dangereuse des médecines était celle des symptômes. Nous avons fait voir que toute thérapeutique basée sur d'aussi misérables indications tendait à la perte des malades. Nous croyons que ces vérités capitales recevront une confirmation nouvelle des réflexions auxquelles nous allons nous livrer dans ce paragraphe. Mais quoiqu'on ne puisse jamais se passer des lumières du diagnostic, il peut arriver néanmoins qu'il soit malheureusement dérobé à notre connaissance, et alors nous n'avons d'autre guide que les phénomènes fontionnels dans le traitement des maladies; bien plus, dans la plupart des maladies, ces phénomènes fonctionnels varient, et par ces variations modifient le traitement à employer. Ainsi, historien impartial, nous allons exposer avec quelques détails les dangers des indications thérapeutiques fournies par les symptômes, et les avantages qu'on peut en retirer dans quelques circonstances.

ART. 1er. *Signes thérapeutiques tirés des phénomènes morbides des appareils de la vie organique.*

§ I. La faim n'est pas toujours un besoin qu'il faille satisfaire; lorsqu'elle a lieu dans les bonnes convalescences, on doit veiller à ce que le malade ne prenne pas trop d'aliments, et ne rappelle, par ses écarts de régime, les accidents qu'il éprouvait ou des accidents plus redoutables encore. Mais s'il faut se garder alors de satisfaire ses besoins, combien à plus forte raison faut-il empêcher que, dans les affections aiguës graves, les malades ne mangent *par raison*, comme ils le disent, ou que, saisis d'une faim illusoire, ils n'accélèrent par une alimentation imprudente le terme fatal qui les menace! Les besoins éprouvés par les individus attaqués de cancer de l'estomac sont souvent irrésistibles, et le soulagement momentané qu'ils éprouvent de l'ingestion des aliments empêche qu'on ne soit bien sévère sur l'abstinence qui leur conviendrait sans doute, d'autant plus que jusqu'à ce jour leur maladie paraît au-dessus des ressources de l'art. Une alimentation abondante n'entraîne pas beaucoup de danger dans les affections vermineuses, non plus que dans les maladies nerveuses; ceci nous prouve déjà que le diagnostic est le point essentiel sur lequel on doit s'appuyer pour les indications thérapeutiques, et nous n'avons encore examiné qu'un seul phénomène morbide!

Combien est remarquable cette espèce de précaution de la part de la nature d'avoir ôté l'appétit dans les maladies aiguës! L'abstinence qu'elle nous ordonne dans ce cas n'est-elle pas le moyen le plus efficace, et d'empêcher de porter, par la voie de l'alimentation, de nouveaux moyens de réparation et d'irritation sur l'organe affecté, et de favoriser l'absorption interstitielle, et par conséquent la résolution des maladies? La diminution de l'appétit est donc une indication précieuse qu'il faut saisir; on ne saurait recommander l'abstinence avec une trop grande rigueur. Cette indication générale n'est cependant pas sans exception. Ainsi, dans les maladies chroniques, on cherchera à nourrir légèrement le malade, à soutenir ses forces, en lui donnant quelques aliments qui puissent ranimer son appétit languissant. Dans les maladies aiguës même, lorsque les malades ont long-temps observé une abstinence absolue, il semblerait que l'estomac, oubliant ses fonctions, est devenu incapable de digérer; aucun besoin ne se fait sentir, et cet organe repousse même par le vomissement les matériaux les plus légers de réparation; si l'irritation est apaisée, si la peau est fraiche, le pouls calme, peu développé,

il faut insister sur l'ingestion de quelques faibles aliments : on éprouve bientôt le plaisir de voir l'appétit reparaître, et avec lui la faculté de digérer; mais on ne saurait se conduire avec trop de réserve dans de pareilles circonstances.

Les dépravations de l'appétit qui se manifestent dans la chlorose, l'hystérie, l'aménorrhée, le délire aigu ou chronique, exigent une surveillance attentive, principalement lorsqu'elles ont pour objet des substances indigestibles, et plus encore des substances toxiques.

La soif qui décèle, ainsi que nous l'avons dit, une irritation plus ou moins vive, est encore un de ces instincts conservateurs que la nature nous a laissés même dans notre état social. Elle nous invite par ce sentiment impérieux à introduire dans l'économie animale une quantité de liquide plus considérable qu'à l'ordinaire, et proportionnée à l'intensité de l'irritation. La soif vive est ordinairement accompagnée du désir des boissons rafraîchissantes; et l'on sait qu'après la diète, ou, pour parler plus juste, après l'abstinence, il n'est pas de moyen plus efficace de calmer l'irritation, que d'introduire dans la circulation une abondante quantité de liquides rafraîchissants. Le sang, ordinairement épais, compacte, riche en matériaux de réparation et d'irritation, se trouve ainsi étendu, délayé dans toute la force de l'expression, et partant bien moins propre à opérer la congestion, et favoriser l'inflammation des parties déjà irritées.

Mais la soif doit-elle être apaisée dans tous les cas par des boissons abondantes? Ne doit-on pas dans quelques circonstances la tromper, pour ainsi dire, par quelques substances acides ou autres? Faut-il, dans le diabétès, introduire dans l'économie animale des fluides nouveaux capables d'augmenter encore la sécrétion urinaire? Faut-il surtout contenter la soif inextinguible des hydropiques? Des auteurs recommandables ont fortement blâmé les boissons abondantes dans ces deux cas. Il en est même qui ont guéri des malades en favorisant la perspiration cutanée, en même temps qu'ils interdisaient toute espèce de liquides, en laissaient leurs malades en proie au tourment de la soif; mais d'autres auteurs prétendent qu'il est d'autant plus inhumain de livrer le malade à ce besoin tyrannique, qu'ils guérissent tout aussi bien, et mieux même, en prenant autant de liquides qu'ils en désirent.

L'absence de la soif n'est pas toujours une raison pour ne pas insister sur l'ingestion des boissons. Lorsque l'irritation est bien manifeste, lorsque la peau est chaude, le pouls fort, fréquent, la langue sèche, l'adypsie ne doit pas empêcher de faire boire le malade; elle n'est dans ce cas qu'un résultat du délire ou de l'insensibilité.

Les indications thérapeutiques tirées de l'état des dents sont peu nombreuses pour le médecin; mais pour ceux qui se livrent exclusivement à cette branche de l'art, elles sont fertiles en données de ce genre. L'enduit qui les recouvre peut indiquer la nécessité des évacuants lorsqu'il est évidemment le signe d'un embarras gastrique ou intestinal; mais il n'en est pas ainsi lorsqu'il accompagne une irritation véritable. Leur ébranlement dans le scorbut, leur sécheresse dans quelques maladies aiguës du cerveau, leur sensibilité anormale dans quelques affections nerveuses, concourent à indiquer le traitement nécessaire dans ces maladies. Il faut en dire autant du grincement des dents qui s'observe dans les maladies vermineuses, de leur claquement qui constitue le principal phénomène du frisson des fièvres intermittentes, etc.; le premier portant avec lui la nécessité de combattre l'affection vermineuse, et le second celle de combattre par le quinquina et ses préparations la fièvre intermittente qui existe.

Le gonflement des gencives, leur mollesse, leur lividité, leur saignement, formant les principaux caractères du scorbut, indiquent nécessairement les moyens qu'exige sa curation. Lorsque ces phénomènes dépendent du traitement mercuriel, la première indication est de suspendre ce traitement, de donner des adoucissants et de légers laxatifs : ici c'est autant le diagnostic que l'étiologie qui fournissent les données thérapeutiques.

Bien plus que les organes dont nous venons de parler, la langue abonde en signes curatifs.

L'augmentation extraordinaire de la langue, portée au point de faire redouter la suffocation, nécessite souvent de profondes scarifications. Le dégorgement subit que détermine cette opération fait ordinairement cesser tous les accidents.

Sa diminution de volume ne présente pas d'autres indications que celles des maladies qu'elle accompagne. Lorsque la langue est en même temps rude et sèche, et que cet état paraît dû à l'intensité de l'irritation, on doit insister sur les délayants et les antiphlogistiques. Ce traitement serait au contraire extrêmement nuisible si cet état de la langue survenait à la suite d'un traitement débilitant porté à l'excès : il est inutile de dire que dans ce cas il faudrait suspendre les débilitants, passer aux révulsifs, et même aux toniques, selon l'urgence.

Le tremblement de la langue, sa déviation, ne présentent pas d'indications particulières. Les aphthes qui la couvrent quelquefois réclament le traitement antiphlogistique avec de légères modifications.

La sécheresse de cet organe, son aspect lisse, brillant ou rude, fendillé, gercé, nécessitent les mêmes moyens, puisqu'ils sont les signes d'une inflammation violente.

Un enduit épais, poisseux et adhérent, quoique accompagnant presque toujours une phlegmasie thoracique ou abdominale, n'exige pas constamment un traitement très-débilitant; bien souvent alors les révulsifs sont indiqués.

On conçoit bien que la couleur jaune de la langue, dans l'ictère ou la chlorose, ne saurait avoir de valeur thérapeutique par elle-même; les indications se tirent nécessairement du diagnostic, c'est-à-dire de la connaissance de la cause organique qui produit ces symptômes.

L'enduit brun ou noir de la langue est quelquefois le résultat de la concentration des forces; le traitement débilitant le fait alors disparaître dans le plus grand nombre des cas. Il n'en est pas de même lorsqu'il est produit par la faiblesse réelle; ce sont alors des moyens opposés qu'il faut mettre en usage. Sans que nous soyons obligés d'y revenir sans cesse, le lecteur doit s'apercevoir que les indications thérapeutiques ne peuvent se baser que sur le diagnostic, et qu'un symptôme seul suffit bien rarement pour indiquer un moyen curatif.

La consistance comme ligneuse de la langue, considérée comme signe d'irritation, invoque les moyens rafraîchissants.

L'augmentation de volume des parties qui forment l'arrière-bouche nécessite le même traitement lorsqu'elle est inflammatoire; celle des amygdales, lorsqu'elle est habituelle et qu'elle occasionne de fréquentes esquinancies, qu'elle gêne la déglutition et altère la voix, nécessite l'ablation de ces organes; la même opération devient nécessaire lorsque l'allongement de la luette est passé à l'état chronique, que cet organe ne peut plus reprendre son volume naturel, et qu'il

produit des mouvements fatigants et opiniâtres de vaine déglutition.

Lorsque le gonflement de ces parties dépend d'un œdème, nous ne croyons pas, ainsi qu'on l'a dit récemment, qu'il convienne de le traiter par des antiphlogistiques rigoureux; la compression exercée avec l'extrémité de l'indicateur a souvent empêché bien des suffocations.

Les dérangements de la déglutition sont le résultat de tant d'altérations si différentes qu'ils ne peuvent véritablement rien indiquer par eux-mêmes. Il est trop évident que la paralysie du pharynx et de l'œsophage ne peut être traitée comme l'inflammation de ces organes, et celle-ci comme leur dégénérescence squirrheuse, scrofuleuse ou autres, ou comme le spasme de ces parties.

Néanmoins l'impossibilité absolue de la déglutition, quelle que soit la cause organique qui la produise, exige l'introduction d'une sonde qui permette l'ingestion des matières alimentaires et des boissons dans l'estomac, si l'on veut prolonger la déplorable existence des individus qui l'éprouvent. Des bains et des clystères nutritifs ont aussi été proposés dans ces cas, mais leur effet est plus que douteux.

L'impossibilité d'avaler les liquides, qui survient dans l'hydrophobie, n'exige cependant pas l'usage de ce moyen, non plus que les autres spasmes du pharynx portés à un haut degré.

Il y a peu d'années que presque toute espèce de vomissement donnait lieu à l'administration de l'émétique; mais aujourd'hui on a singulièrement restreint l'usage des vomitifs; peut-être même en pousse-t-on trop loin la parcimonie.

Lorsque le vomissement est le signe d'une irritation gastrique, d'un cancer de l'estomac, d'une hernie étranglée, il est évident qu'il faut s'abstenir de faire vomir le malade sous peine d'augmenter les accidents, et même d'occasioner la mort. Cependant, si l'on fait attention aux cas innombrables dans lesquels on administrait ce remède autrefois, on sera forcé d'avouer qu'on le donnait souvent dans les gastrites, et cela sans danger, puisque peu de malades succombaient à la suite de son emploi, et ces malades seraient peut-être morts sans cela. Quoi qu'il en soit, nous ne nous déclarons nullement les défenseurs de ce moyen, que nous considérons comme dangereux dans un grand nombre de cas, et comme inutile dans d'autres.

Les seuls embarras gastriques bien caractérisés peuvent être enlevés facilement par le vomitif; mais, même dans ce cas, l'abstinence prolongée et les délayants pouvant amener la guérison, il est superflu, ce nous semble, de tenter un remède qui peut avoir des inconvénients graves.

Lorsque le vomissement est le résultat d'une simple indigestion, sans irritation préalable, on peut le favoriser au moyen de l'eau tiède; les délayants et la diète suffisent dans ce cas pour la guérison de la maladie.

Au reste, le vomissement sera loin d'avoir la même signification thérapeutique, s'il dépend des maladies dont nous venons de parler, et qui toutes ont leur siége dans le ventricule, ou bien d'une maladie d'un viscère éloigné, tel que le cerveau; d'un état nerveux, etc. Le vomissement douloureux est ordinairement le signe d'une inflammation, et nécessite le traitement dit antiphlogistique.

Lorsque le vomissement est opiniâtre, faut-il employer des *antiémétiques*? Y a-t-il réellement des antiémétiques, c'est-à-dire des remèdes propres à arrêter les vomissements? Une pareille opinion ne peut être que le résultat d'une profonde ignorance dans le diagnostic des maladies. Il faut la pardonner au grand Rivière, à cause du temps où il écrivait; mais que penser aujourd'hui de ces gens qui, usurpant le titre de médecin, croient, sur la foi du nom du remède, qu'il doit arrêter les vomissements? Ainsi, l'acide carbonique, dégagé du carbonate de potasse par l'acide citrique ou acétique, est porté directement sur une membrane enflammée, ou, qui pis est, ulcérée, et l'on s'imagine bonnement qu'on suspend ainsi les accidents! et toute la thérapeutique est faite sur ce modèle!

La nature des matières vomies, indiquant fréquemment la nature de la maladie qui les ocasionne, peut fournir des données thérapeutiques assez précises; mais c'est encore ici comme signes diagnostiques: ainsi le vomissement de sang et le simple vomissement de matières alimentaires n'exigent pas le même mode de traitement.

La douleur et la chaleur, qui ont leur siége à la région épigastrique dans les inflammations de l'estomac, ont été, dans ces derniers temps, l'objet de quelques discussions thérapeutiques, dont nous nous occuperons bientôt. La douleur épigastrique appartenant à une multitude de maladies, c'est contre ces maladies qu'il faut diriger le traitement. Vainement nous opposerait-on l'imposante autorité de Sarcone et de Barthez; la médecine des symptômes ne peut satisfaire notre esprit, ennemi de tout aveugle empirisme.

C'est encore en décelant l'espèce de maladie qui existe, que les changements survenus dans la digestion intestinale et dans les matières fécales, peuvent devenir des indications thérapeutiques; ces changements fournissent peu d'indications par eux-mêmes.

Il est donc très-important de distinguer quelle est la maladie qui produit la constipation. C'est ici l'un des exemples les plus frappants, entre mille autres, de l'indispensable nécessité du diagnostic, de l'insuffisance et même du danger des formulaires. Il ne suffit pas, en effet, de savoir qu'il existe de la constipation, pour juger qu'il est utile d'administrer un purgatif; mais il faut connaître quelle est la cause de ce phénomène morbide. J'ai eu occasion de voir un malade tourmenté par une constipation opiniâtre, auquel plusieurs médecins avaient donné leurs soins. L'un d'eux, croyant que toute constipation dépendait d'une irritation intestinale, appliquait sangsues sur sangsues: la constipation n'en persistait pas moins, et le malade tombait dans un épuisement rapide. Un autre, persuadé que la paresse des intestins était la seule cause du mal, prodiguait les purgatifs, dont le résultat le plus efficace était de déterminer d'horribles coliques. Enfin, convaincu qu'un diagnostic positif est la seule base des indications rationnelles et d'un traitement salutaire, nous explorâmes l'abdomen avec soin, et nous reconnûmes qu'une tumeur mobile de la grosseur du poing comprimait le rectum; qu'en faisant coucher le malade sur le flanc droit, cette tumeur penchait vers le point le plus déclive. J'ordonnai d'administrer un lavement dans cette position; l'action mécanique du liquide dilata, distendit cet intestin, en même temps qu'elle tint la tumeur éloignée, et le malade fut soulagé par d'abondantes évacuations. A quoi sert donc d'attribuer toutes les maladies à l'irritation, ou à toute autre cause, si cette manière de la considérer doit conduire à de pareilles erreurs?

D'après cela, il est évident qu'on devra déterminer d'abord si la constipation est le résultat de l'inflammation ou du défaut d'irritabilité, suite des progrès de l'âge, de la compression exercée par une tumeur, d'un étranglement intérieur, etc. On con-

çoit en effet que les moyens à mettre en usage ne peuvent être les mêmes dans toutes ces circonstances. Les antiphlogistiques conviendront dans le premier cas, les purgatifs et les moyens mécaniques dans les autres, etc.

Ce que nous venons de dire s'applique d'une manière aussi rigoureuse au dévoiement. Ce symptôme accompagne un si grand nombre de maladies, qu'on ne concevrait pas comment on a pu reconnaître des médicaments propres à l'arrêter, si l'on ne savait à quel point on a poussé en médecine la déraison et l'absurdité. Certes, le même médicament ne saurait convenir au dévoiement qui est l'effet d'une inflammation, à celui qui accompagne l'usage de quelques substances laxatives, à celui qui résulte d'une altération chronique de la membrane muqueuse intestinale, d'un cancer, d'un ulcère des intestins; enfin, s'il est critique, ou symptomatique, ou colliquatif, on se gardera bien d'employer les mêmes moyens.

Que penser encore des médecins qui prescrivent un médicament contre les coliques? Les douleurs d'entrailles sont-elles donc toujours produites par la même cause, par la même altération organique? et donnera-t-on la même substance dans toutes les maladies où elles se manifestent? Autant vaudrait alors traiter de la même manière, sans distinction, toutes les affections abdominales, puisqu'il est vrai que dans toutes il se manifeste des douleurs; c'est aussi la brillante conséquence où l'on est arrivé dans les formulaires et les codex.

Les tumeurs qui apparaissent sur divers points de l'abdomen, précieuses sous le rapport du diagnostic, ne sont utiles que par cela même au traitement. C'est en faisant reconnaître quelle est la maladie existante qu'elles peuvent indiquer quel est le traitement à suivre. Ainsi l'on doit considérer comme ridicules et souvent dangereux les prétendus fondants dirigés contre les obstructions; et les gens qui ont dit que *certaines eaux* étaient efficaces contre les obstructions, qu'elles *broyaient les obstructions*, ont dit une sottise digne de l'enfance de la médecine, et l'on a lieu de s'étonner de la fortune et de la réputation de semblables médecins.

Étudiez-vous donc à distinguer si ces tumeurs sont formées par l'accumulation des matières fécales, par des gaz, par le déplacement d'un viscère, par un étranglement, par la désorganisation des parois d'un intestin, par la dilatation d'un gros vaisseau, par l'accumulation d'un fluide, etc.; alors, seulement alors, vous pourrez prescrire aux malades quelques moyens utiles.

Plus nous avançons dans l'examen des phénomènes morbides, considérés comme indications thérapeutiques, plus nous avons à déplorer l'aveugle manie qui a dirigé la thérapeutique sur des données aussi misérables! Des remèdes appelés carminatifs tiennent un rang distingué parmi les erreurs que nous signalons. Des remèdes contre les vents! n'est-ce pas commode en effet? Un malade est tourmenté par des vents, il n'en faut pas davantage, on lui administre des carminatifs. Qu'importe, en effet, que cette exhalation gazeuse soit le résultat de la faiblesse extrême des intestins ou de l'irritation de ces organes, ou d'une disposition nerveuse, comme dans l'hystérie, l'hypocondrie, etc.? Ne suffit-il pas qu'il y ait des vents?... Pauvre espèce humaine que depuis des siècles on traite de cette manière! et la pauvre génération que celle où l'on consacre de pareilles sottises dans des formulaires classiques!

La défécation, en tant qu'elle éclaire le diagnostic, peut donner quelques indications de traitement. Ainsi, les moyens que l'on doit diriger contre la défécation difficile ne sont pas les mêmes si ce symptôme appartient au cancer du rectum, aux hémorrhoïdes, aux tumeurs, aux ulcères syphilitiques ou autres, aux abcès, aux fistules de ces parties, aux affections vermineuses, aux inflammations aiguës ou chroniques des gros intestins. Le ténesme réclame aussi des moyens différents suivant l'affection qui le produit. Il faut en dire autant de la défécation involontaire; si elle arrive dans une affection du cerveau, dans une faiblesse extrême, dans une des nombreuses maladies du rectum, on ne devra pas diriger contre elle le même traitement, etc.

Les matières excrétées elles-mêmes, nous éclairant beaucoup sur l'état des organes digestifs, peuvent être d'un grand secours dans le choix des moyens de traitement; malheureusement leur exploration est trop négligée de nos jours.

Relativement à leur nature, on conçoit que le traitement devra varier selon que ces matières indiqueront une inflammation plus ou moins violente des entrailles, ou un affaiblissement extrême des intestins. La présence du sang dans ces matières sera loin d'indiquer toujours le même mode de traitement, ainsi que se l'imaginent la plupart des médicastres; il devra varier suivant que cette exhalation sanguine sera primitive ou consécutive, critique, symptomatique, supplémentaire, active, passive, mixte, la suite de la rupture d'une hémorrhoïde, d'un vaisseau artériel ou veineux, d'une ulcération, etc.

Lorsque les évacuations intestinales sont considérables, il importe de les diminuer par les moyens qu'indique la maladie dont elles sont le symptôme; lorsqu'elles sont trop peu abondantes, il faut aussi les augmenter par les moyens rationnels qui découlent des mêmes indications.

La couleur des fèces faisant connaître leur nature, éclairant par conséquent le diagnostic local, doit être examinée sous le rapport du traitement, lequel devra varier suivant l'affection existante.

A peine avons-nous achevé l'examen d'une fonction, et déjà nous avons acquis par des exemples sans cesse renaissants, que le diagnostic des maladies est la seule base rationnelle de leur traitement; qu'il ne peut exister de médecine sans cette connaissance; que la prétention des gens qui se disent habiles dans le traitement des maladies, savants dans la vertu des drogues, n'est qu'une prétention digne de pitié; que ces gens ne sont que des empiriques et des empoisonneurs, s'ils ne sont pas dirigés par la connaissance précise des maladies, et qu'il n'y a de vrai médecin que celui qu'éclaire un diagnostic exact et positif.

§ II. Parmi les phénomènes morbides qui peuvent servir par eux-mêmes de signes thérapeutiques, il n'en est pas de plus nombreux que ceux que fournit l'appareil circulatoire. Et ces signes sont d'autant plus utiles que la circulation participe à la plupart des maladies, qu'il en est peu dans lesquelles elle n'éprouve quelques modifications; et lors même qu'elle n'en éprouve pas, on peut encore tirer de cette circonstance négative quelques inductions utiles: mais il faut se garder d'accorder à ces signes une valeur exclusive; il n'en est aucun qui ne puisse donner lieu à de nombreuses exceptions.

Ainsi la fréquence du pouls est bien en général un signe d'irritation, et comme tel annonce dans la majorité des cas la nécessité du traitement antiphlogistique. Mais nous avons vu que cet état du pouls n'était pas toujours un signe de force et d'irritation, mais bien qu'il pouvait se manifester dans

des cas de faiblesse réelle, et qu'alors, bien loin d'indiquer les mêmes moyens, il montrerait l'urgence de moyens opposés. C'est en s'aidant des autres circonstances que le médecin parviendra à porter un jugement sûr. Néanmoins on peut considérer la fréquence du pouls comme étant en rapport, dans la majorité des cas, avec l'intensité de l'irritation, et comme indiquant la médication débilitante.

La rareté du pouls annonçant en général un épuisement profond des forces, ou tout au moins l'absence de l'irritation, à quelques exceptions près, exige un traitement tonique, quelquefois excitant, un régime alimentaire réparateur.

La suspension plus ou moins complète de la circulation qui arrive dans la syncope et l'asphyxie, nécessite l'emploi de moyens excitants, stimulants, dirigés sur les organes qui conservent le plus longtemps leur sensibilité. La peau, la membrane muqueuse intestinale, les sens, doivent être sollicités par les stimulants les plus énergiques.

Mais pour que les caractères du pouls que nous venons d'exposer aient toute la valeur possible, il ne faut pas les considérer isolément, mais bien conjointement avec d'autres qualités. Si la force ou la dureté se joignent à la fréquence, l'indication des débilitants sera bien plus positive. Si la faiblesse ou la mollesse au contraire existent avec la fréquence, on se gardera de recourir à ces moyens; il en est de même pour la rareté.

Ce que nous venons de dire s'applique à la vitesse et à la rareté du pouls; la force ou la faiblesse qui s'y joignent leur donnent une signification thérapeutique différente ou même opposée.

C'est faire entendre assez que la force du pouls et sa faiblesse forment les caractères les plus importants pour les indications thérapeutiques. Ainsi la force du pouls doit être considérée comme l'indice le plus sûr d'une vive réaction, d'une irritation violente, et de la force du malade, et conséquemment comme l'indication la plus impérieuse de la médication affaiblissante et relâchante. Toutefois il s'en faut que cette règle soit sans exception. Ainsi lorsque l'artère sera superficielle, cartilagineuse, que le cœur sera hypertrophié, ce signe perdra beaucoup de sa valeur. De même le pouls peut paraître faible, et ne l'être réellement pas, si l'artère est profonde, s'il se rencontre quelque obstacle au cours du sang avant la naissance des sous-clavières, etc. On voit combien il est important de distinguer ces cas, pour ne pas ordonner toujours le traitement débilitant dans un cas, et le traitement tonique dans l'autre; ce qui serait essentiellement nuisible au malade.

La dureté du pouls est peut-être plus encore que la force le signe d'une inflammation intense et d'une grande réaction; il n'y a peut-être d'exception à cet égard que la dureté qui dépend de l'état osseux des parois artérielles, ce qu'il est en général assez facile de distinguer. Il est aisé de conclure que les moyens précédents sont nécessaires.

La mollesse des pulsations artérielles, annonçant la chute des forces ou la terminaison de l'irritation, on doit cesser les moyens affaiblissants et quelquefois recourir aux toniques.

La grandeur du pouls est loin d'être toujours un phénomène hypersthénique; cependant on l'observe aussi dans les maladies avec surcroît de forces, et dès lors ce signe indique la nécessité des émissions sanguines, de l'abstinence, du repos, mais moins rigoureusement que la force et la dureté du pouls.

Si le pouls petit est, dans la majorité des cas, le signe d'une faiblesse réelle et l'indication des moyens fortifiants, il ne faut pas oublier qu'il peut accompagner aussi la concentration des forces; alors on le voit se relever par l'emploi des débilitants. Cette circonstance, l'une des plus épineuses de la médecine pratique, exige la plus grande prudence, la plus grande sagacité.

Les différentes irrégularités du pouls, lorsqu'elles surviennent dans les maladies aiguës, qu'elles ne sont point le résultat d'altérations locales des organes de la circulation, annoncent un trouble profond dans l'organisme, en général accompagné d'une grande débilité; aussi est-il rare que les fortifiants, les toniques, ou du moins les révulsifs énergiques, ne soient indiqués dans ces circonstances.

Les inégalités du pouls se montrent dans les mêmes circonstances, et nécessitent l'emploi des mêmes moyens. Lorsque ces anomalies de la circulation tiennent à des maladies des organes chargés de cette fonction, elles réclament le traitement approprié à ces affections et n'ont plus de valeur par elles-mêmes.

Le pouls confus, insensible, n'étant en général que l'effet d'une débilité profonde, indique d'une manière pressante les médicaments les plus capables de relever les forces abattues. Mais, hélas! dans ces degrés extrêmes, les ressources de notre art ne sont que trop souvent insuffisantes.

Nous avons démontré que le défaut d'isochronisme dépendait d'une altération des parois artérielles; mais comme cette altération est ordinairement le résultat des progrès de l'âge, le médecin est condamné à rester spectateur inactif de la marche de la maladie.

Les pulsations de l'aorte ventrale surviennent dans quelques phlegmasies gastriques, et annoncent une surexcitation bien manifeste; on doit les considérer généralement comme indiquant le traitement antiphlogistique.

Les signes thérapeutiques fournis par la circulation capillaire seraient assez nombreux, mais nous en reporterons l'examen aux exhalations sanglantes et à l'habitude extérieure du corps, où nous ferons mention des ecchymoses, des taches livides, des pétéchies, des couleurs pâles, livides ou fleuries de la peau, etc.

Ceux qu'on tire de la circulation veineuse ont peu de valeur par eux-mêmes; ils n'indiquent pas d'autre traitement que celui qui convient aux maladies qu'ils accompagnent. Ainsi la dilatation des veines, dans le voisinage du cancer ulcéré, ne donne lieu à aucune modification de traitement; celle qui constitue les varices exige la soustraction de la cause qui les a produites, et le traitement propre à ces tumeurs, c'est-à-dire la compression. Leur pulsation dans l'anévrysme des cavités droites du cœur n'indique aucun traitement particulier; dans les anévrysmes par anastomose, cette pulsation n'influe en rien sur le mode opératoire, etc.; mais la manière dont le sang s'échappe faisant reconnaître s'il provient de la blessure d'une artère, d'une veine ou du réseau capillaire, conduit nécessairement au choix du moyen à mettre en usage pour combattre cet accident. La ligature (1) devra être employée pour arrêter l'hémorrhagie artérielle; la compression, la réunion, pour suspendre les autres.

Le sang lui-même n'est pas stérile sous le rap-

(1) D'après la belle découverte dont le docteur Amussat vient d'enrichir la chirurgie, la torsion des artères, comme moyen d'arrêter les hémorrhagies, devrait remplacer la ligature.

port des indications thérapeutiques; et bien que les signes qu'il fournit ne soient pas d'une valeur absolue, unis à d'autres, ils peuvent quelquefois décider le médecin sur le choix des moyens.

Ainsi la couenne inflammatoire, qui décèle en général un état pléthorique ou l'existence d'une phlegmasie, indiquera le traitement débilitant. Plus le sang est consistant, plus il est riche, et plus aussi les moyens affaiblissants sont indiqués. Si la sérosité prédomine, au contraire, il faut suspendre les évacuations sanguines.

Les phénomènes morbides que présente l'appareil lymphatique sont pauvres en indications thérapeutiques. L'engorgement des glandes de cet ordre étant un des caractères principaux des scrofules, fait connaître la nécessité de recourir au traitement prescrit dans cette affection. Les amers, les bains froids, l'insolation, l'exercice, les toniques, un régime excitant et réparateur, des vins généreux, doivent en faire la base, et non les sangsues et les débilitants, ainsi qu'on l'a avancé dans ces derniers temps.

L'œdème n'étant en général qu'un symptôme, c'est contre la maladie qui le produit qu'il faut diriger les moyens curatifs. On est cependant quelquefois obligé de faire la médecine du symptôme, comme nous l'avons dit souvent, la pire de toutes; alors, pour combattre l'œdème, on administre à l'intérieur les diaphorétiques et les diurétiques, le nitrate de potasse, la scille, la digitale, etc., etc. : pitoyables ressources qui n'ont d'autre avantage que de faire voir au malade qu'on s'occupe de lui, et de verser dans son âme quelques lueurs d'espérance! Quant aux scarifications qu'on pratique dans le même but, elles déterminent souvent la gangrène des parties et hâtent le terme fatal, etc.

L'action du principal organe de la circulation, du cœur, fournit un assez grand nombre de phénomènes morbides; mais ces phénomènes, appartenant à une multitude d'affections diverses, ne peuvent par eux-mêmes indiquer un mode de traitement; il est indispensable de reconnaître à quelles maladies ils appartiennent. Ainsi les désordres dans les mouvements du cœur s'observent dans les hypertrophies, les anévrysmes, l'inflammation du cœur, la péricardite, l'hydropéricarde, l'hydrothorax, la phthisie pulmonaire; ils accompagnent la compression que des tumeurs voisines exercent sur des gros vaisseaux, l'ascite, l'hydropisie de l'ovaire, etc., enfin toutes les affections qui opposent un obstacle au cours du sang. Ils sont souvent aussi le résultat de l'influence encéphalique sur le cœur, d'un état pléthorique général, etc. Le même traitement peut-il convenir dans tous ces cas? Non, sans doute; ce qui importe le plus est donc encore ici la distinction de la maladie qu'on doit combattre. Traitera-t-on, en effet, une hystérique, un hypocondriaque, une personne affectée de vers, comme celle qui sera frappée d'une hypertrophie du cœur ou d'une péricardite? Traitera-t-on de la même manière une femme affectée de leucorrhée ou de dysménorrhée, un individu robuste et plétorique et celui que le chagrin accable? Tous peuvent cependant présenter des troubles dans l'action du cœur.

On peut toutefois dire, d'une manière générale, que la force du choc de l'impulsion, caractérisant l'hypertrophie du cœur, indique plus particulièrement le traitement affaiblissant.

L'étendue des battements et le bruit clair que l'on perçoit par le cylindre, étant des signes de dilatation, exigent moins impérieusement l'usage de ce traitement.

Les irrégularités, les inégalités, les intermittences dans les mouvements du cœur, n'ont pas d'autre signification thérapeutique que celle que nous avons assignée aux mêmes qualités du pouls.

§ III. Peut-on fonder l'administration de quelques agents thérapeuthiques sur les seuls dérangements que nous offre l'appareil respiratoire? Cette manière de procéder était pardonnable lorsque, dépourvus des lumières précieuses de l'anatomie pathologique, les médecins anciens n'avaient d'autres moyens de reconnaître les maladies que de réunir un groupe de phénomènes fonctionnels. Alors, imaginant que ces dérangements fonctionnels dépendaient constamment des mêmes lésions d'organes, ils dirigeaient tous leurs moyens vers ce groupe de symptômes, et quelquefois un seul dérangement de fonction était regardé comme une maladie et traité comme tel. C'est ainsi que toute difficulté de respirer reçut le nom d'*asthme*, qui, dans son sens étymologique, ne signifie pas autre chose, et qu'on dirigea pendant des siècles un arsenal de médicaments ridicules et souvent nuisibles contre cette affection prétendue. Cette méthode de procéder en médecine étant infiniment plus facile que la médecine organique, beaucoup de médecins trouvent plus commode de la faire encore; et, appuyés qu'ils sont sur des noms respectables et sacrés, sur l'autorité d'Hippocrate, de Galien, de Boerhaave, de Sydenham, de Baillou, etc., c'est-à-dire des princes de la médecine, ils traitent avec un superbe dédain, et appellent ignorants et novateurs ceux qui cherchent à s'éclairer par des recherches nécroscopiques, et ne s'en laissent pas imposer, tout en les révérant, par l'autorité des anciens maîtres de l'art. En effet, depuis que les ouvertures de corps ont appris que la même altération fonctionnelle dépendait d'une multitude d'altérations organiques, et que ces altérations organiques étaient évidemment l'effet de maladies différentes, il n'est plus permis de diriger son traitement sur cette simple altération fonctionnelle; il faut absolument reconnaître quelle est la modification d'organe qui la produit.

La première altération fonctionnelle qui frappe ici mon attention, c'est la fréquence de la respiration. Y a-t-il un traitement pour la fréquence de la respiration? Ceux qui ne s'embarrassent pas de la maladie qui la produit répondront par l'affirmative, et vous feront un grand étalage de leurs richesses thérapeutiques. Nous qui savons que la fréquence de la respiration reconnaît pour cause organique la pneumonie, la pleurésie, l'hydrothorax, l'hypertrophie, l'anévrysme du cœur, celui de l'aorte, l'emphysème du poumon, la dilatation des bronches, des tubercules pulmonaires, toutes les productions accidentelles du poumon, la péritonite, l'ascite, l'hydropisie enkystée de l'ovaire, etc., etc., nous répondons par la négative; nous affirmons qu'il faut déterminer à laquelle de ces maladies appartient la fréquence de la respiration, et qu'il ne peut y avoir de traitement pour ce phénomène morbide; et, de ce que nous diminuons en apparence les richesses de l'art, nous ne croyons par faire une médecine moins rationnelle ni moins utile que nos polypharmaques détracteurs. Ce sont là les vrais principes de la médecine des organes, et nous ne saurions trop les retracer, puisque, malgré leur évidence, on ne cesse de dire qu'on peut bien reconnaître les maladies, mais qu'on peut ne pas savoir les traiter; ce qui est bien plus absurde que de dire qu'on peut connaître beaucoup de drogues et de formules, et n'être qu'un pitoyable médecin. Sans diagnostic, il n'y a

pas de médecine possible; avec le diagnostic, il n'y a pas d'erreur possible.

Ce que nous disons ici de la fréquence de la respiration, il faut le dire aussi de sa rareté; il faut savoir si cette rareté dépend d'un vice organique du cœur ou du poumon, ou de l'affaiblissement extrême du malade : dans le premier cas, il n'aura pas d'autre valeur que celle de la maladie à laquelle il appartient; dans le second, il concourt à faire sentir la nécessité des toniques et des révulsifs, etc. Il en sera de même encore pour la vitesse et la lenteur de la fonction dont nous parlons, et aussi de même de la plupart des désordres qu'elle présente. L'orthopnée, la petitesse de la respiration, la dyspnée et tous ses degrés; l'asthme dit nerveux, convulsif, périodique; la respiration inégale, entrecoupée, intermittente, sifflante, suspirieuse, luctueuse, plaintive, stertoreuse, ne peuvent fournir aucune donnée thérapeutique par eux-mêmes; il faut savoir quelle maladie les occasionne : tout traitement qui n'est pas dirigé par cette connaissance est insensé et peut être meurtrier. Mais ces désordres fonctionnels sont très-précieux pour nous faire reconnaître la maladie qui existe, et, sous ce rapport, leur étude est de la plus haute importance, même pour le traitement : ce n'est que dans ce sens qu'on peut les regarder comme des indications.

Les qualités de l'air expiré, qui nous ont donné quelques lumières pour le pronostic, ne sont guère abondantes en indications thérapeutiques; on peut dire pourtant que la grande chaleur de l'air expiré, accompagnant ordinairement une violente inflammation du poumon, ou même quelquefois une phlegmasie éloignée, très-intense, peut, avec d'autres signes, faire recourir au traitement antiphlogistique.

L'air froid, au contraire, annonçant la chute totale des forces, fera non seulement rejeter tous moyens de ce genre, mais fera recourir à des moyens inverses.

La fétidité de l'air expiré pouvant dépendre de plusieurs causes organiques, c'est à ces causes qu'il faut remonter pour faire une médecine rationnelle. C'est ainsi qu'il faut savoir si la fétidité de l'haleine dépend d'un abcès de la bouche, de l'usage du mercure, du scorbut, de la gangrène du pharynx ou du poumon, d'une caverne ulcéreuse, etc. Il est évident que, dans tous ces cas, les mêmes moyens ne sauraient convenir. Dans l'abcès de la bouche, on fera disparaître ce symptôme par un traitement convenable; dans l'abus des mercuriaux, en supprimant ces remèdes; dans le scorbut, à l'aide de quelques gargarismes et du traitement dit antiscorbutique, etc.

Les signes fournis par le cylindre acoustique, quoique souvent précieux pour le diagnostic, sont peut-être plus pauvres encore que les précédens, sous le rapport du traitement des maladies.

La respiration puérile, la respiration bruyante et l'absence de respiration ne deviennent des signes thérapeutiques que lorsqu'on a pu déterminer le genre d'affection qui les produit. Dans l'apnée locale, par exemple, le traitement sera-t-il le même si c'est une pneumonie ou quelque production accidentelle qui empêche la respiration? et, dans le premier, sera-t-il le même si la pneumonie est au premier, au deuxième ou au troisième degré?

Il faut donc recourir à d'autres signes, et l'examen des différentes espèces de râle pourra fournir des données précieuses, mais cependant point absolues. Le râle humide, ou crépitation, joint à l'absence de la respiration et à quelques autres phénomènes, en décelant l'existence de la pneumonie au premier degré, indiquera l'urgence du traitement antiphlogistique.

Le râle muqueux, ou gargouillement, pourra indiquer les mêmes moyens, s'il est le signe d'une apoplexie pulmonaire; s'il accompagne l'agonie, il ne reste plus au médecin que de déplorer l'impuissance de l'art.

Le râle sec ou sonore ne donne aucune indication de traitement, non plus que le râle sibilant et le tintement métallique.

La percussion du thorax, si fertile en signes diagnostiques, n'est utile que secondairement pour la thérapeutique. Qu'importe en effet que le son soit mat ou clair, si l'on ignore quelle est la maladie qui existe? Pour qu'un signe de ce genre indiquât directement la manière dont on doit traiter le malade, il faudrait qu'il caractérisât parfaitement une maladie, et n'appartînt qu'à elle; mais de ces signes il en est peu.

La succession de la poitrine, qu'on a fait revivre dans ces derniers temps, ne donne aucun signe thérapeutique.

Parmi les phénomènes accessoires, nous en trouverons peu qui exercent une grande influence sur le choix des moyens à employer : le rire, l'éternument, le bâillement, le hoquet, offrent en effet peu d'importance sous ce rapport. Il n'en serait pas de même de la toux si elle n'accompagnait pas la plupart des maladies du thorax; mais comme elle est produite par une multitude de causes, on voit bien qu'il faut encore ici chercher la maladie ou l'agent physique qui occasionne la toux : et nous savons qu'elle peut dépendre du catarrhe, de la pneumonie, de la pleurésie, des tubercules, du cancer, de la mélanose, des tissus accidentels de tous genres, de l'emphysème, de l'œdème, de l'hydrothorax, de l'anévrysme du cœur et de l'aorte, de l'hypertrophie des ventricules, de l'hydropéricarde, et de bien d'autres affections encore, sans compter l'air froid, les gaz irritants, la poussière, la fumée, etc. Comment donc ne pas voir sans dégoût ces remèdes prétendus *béchiques*, qui, outre leur dénomination stupide, sont dirigés avec la plus imbécile confiance contre les toux opiniâtres!

Les matières expectorées peuvent concourir, avec d'autres phénomènes, à indiquer le mode de traitement à suivre, mais ne sauraient suffire seules pour cela. Ainsi leur couleur, leur consistance, leur saveur, leur abondance, leur odeur, leur température, ne peuvent être utiles qu'autant qu'elles font reconnaître l'espèce de maladie qui existe, et ceci doit même s'entendre de leur nature. Ainsi ce n'est pas assez que des crachats soient sanglants pour déterminer quelle espèce de traitement est convenable; il faut encore savoir si l'hémoptysie est idiopathique, primitive, symptomatique, critique, acritique, supplémentaire, hypersthénique, hyposthénique ou moyenne; alors, il vous sera permis de faire une médecine rationnelle. Mais gardez-vous des ouvrages où l'on vous indique des boissons, des potions, des pilules, des emplâtres, contre l'hémoptysie; la raison n'admet pas de semblables niaiseries.

Les crachats purulents ne sauraient indiquer de traitement particulier; on doit en dire autant des kystes, des vers et des calculs : mais les membranes tubulées qui se forment dans le croup exigent souvent qu'on emploie des moyens pour les faire rejeter; ce sont des vomitifs, la titillation de la luette, quelquefois des moyens mécaniques pour aller les reti-

rer, telle est la brosse de M. Bretonneau. Enfin elles exigent, dans certains cas graves, l'opération de la bronchotomie, etc.

§ IV. La chaleur animale, qui ne donne que peu de signes locaux, n'est cependant pas sans influence sur le choix des moyens thérapeutiques. Comme elle fait connaître avec assez d'exactitude le degré de réaction de l'individu, le degré d'intensité et de violence de la maladie, elle mérite, sous ce rapport, la plus grande attention.

Dans les maladies, l'augmentation de la chaleur est un signe d'irritation, avec laquelle elle est proportionnée. Il exige donc en général un traitement antiphlogistique d'autant plus énergique qu'elle est plus forte. Il faut cependant avoir égard au moment du jour, à l'époque de la maladie, et à beaucoup d'autres circonstances qui peuvent modifier ce que nous avançons. Ainsi il est évident que la chaleur que les malades éprouvent dans les paroxysmes n'a pas la même valeur que celle qu'ils présentent dans tout autre moment.

La chaleur extérieure, qui correspond par son siége à un organe sous-jacent enflammé, doit-elle donner lieu à quelque mode particulier de traitement?

Cette question a fort occupé les pathologistes dans les derniers temps.

On a prétendu que cette chaleur, ordinairement accompagnée d'une augmentation de sensibilité, était le résultat d'une sympathie qui existait entre l'organe malade et les enveloppes correspondantes. Ce raisonnement a été fait surtout relativement à l'estomac. De là on a conclu qu'on devait appliquer les sangsues sur la partie de la peau la plus voisine du mal; que de cette manière on soulageait plus directement l'organe souffrant. Mais d'où tirez-vous le sang lorsque vous appliquez des sangsues sur l'épigastre? des capillaires des téguments, qui le reçoivent des artères thoraciques, des épigastriques, des intercostales, des lombaires, etc.; et d'où procèdent ces artères, si ce n'est, en dernière analyse, de l'aorte ou de ses divisions? et dès lors faites-vous autre chose qu'une saignée générale? Vous enlevez du sang de la grande circulation, c'est-à-dire également de tous les organes, et non de l'estomac en particulier. Il y a plusieurs erreurs dans cette manière de faire : erreur d'anatomie, erreur de physiologie, erreur de physique. Erreur d'anatomie, puisqu'on a méconnu la source d'où provenait le sang tiré par les sangsues; erreur de physiologie, puisqu'on a cru à l'existence d'une sympathie qui n'existe pas; erreur de physique, puisqu'on a méconnu la véritable cause de la chaleur épigastrique, c'est-à-dire la transmission du calorique de proche en proche, de l'intérieur à l'extérieur.

Si nous nous en rapportons aux connaissances anatomiques, nul doute qu'il ne soit préférable d'appliquer les sangsues sur les vaisseaux hémorrhoïdaux, dernier terme de ces admirables anastomoses qui enveloppent et vivifient tout le système abdominal. Vaincu par ces raisons, on se retranche dans les succès attestés par l'expérience. Mais notre manière ne réussit pas moins bien, et de plus elle a l'avantage de la raison. On peut ajouter que l'application des sangsues au fondement détermine l'afflux du sang vers un lieu souvent adopté par la nature, et que la révulsion opérée par les piqûres des sangsues ne peut être que favorable. C'est ainsi que, lorsque la raison ne vient pas à l'appui de certains systèmes, on appelle l'expérience à leur secours, et que, lorsqu'on leur oppose l'expérience, leurs auteurs vous combattent par des raisonnements.

La diminution de la chaleur indique qu'il faut moins insister sur les débilitants. Si cette diminution est portée jusqu'au froid continu, elle annonce la chute des forces, et prouve la nécessité de recourir aux toniques et aux excitants.

La diminution de la chaleur ainsi que son augmentation peut être générale ou partielle. Ce signe peut bien imprimer quelque modification au traitement, mais n'offre pas d'indication propre, particulière. Il n'en est pas de même du type du froid et du chaud : nous savons que ces alternatives constituent une classe nombreuse de maladies, et que ce type forme une multitude d'espèces. Eh bien, nous n'avons guère d'autres moyens de caractériser les fièvres intermittentes, et personne n'ignore que ces maladies réclament un traitement spécial. Le quinquina et ses préparations diverses sont encore aujourd'hui les remèdes vraiment spécifiques des affections qui présentent ce caractère énigmatique.

Le frisson qui précède les diverses névroses ne fait naître aucune indication particulière. On doit simplement, dans ce cas, chercher à ramener la chaleur par des moyens purement physiques.

Les autres variations de température n'impriment au traitement que des modifications de peu d'importance.

§ V. La sécheresse de la peau peut, concurremment avec sa chaleur et sa rougeur et d'autres phénomènes d'irritation, faire juger nécessaire le traitement dit antiphlogistique; mais il faut avoir soin d'observer si la maladie est dans sa première période, et si ce phénomène morbide accompagne réellement un état de surexcitation; car s'il était dû à l'abondance excessive d'une autre évacuation supplémentaire, le même traitement ne serait sans doute pas convenable.

Mais peut-il exister un traitement particulier pour la sueur? Quelle opinion prendre de quelques médecins qui vantent la puissance de certaines drogues contre les sueurs excessives? Jusques à quand régnera donc la manie de la médecine des symptômes? Est-ce à notre époque, dans le dix-neuvième siècle, qu'on devrait être obligé de verser le mépris sur ce pitoyable empirisme? La sueur est symptomatique ou critique; peut-on donc séparer ce phénomène de la maladie où il survient? Et que feront vos *antisudorifiques* dans les sueurs colliquatives? Croyez-vous par ces moyens grossiers suspendre le cours de la fonte tuberculeuse? croyez-vous retarder d'un jour, d'un instant, le terme inévitable.

Lorsque, vers le déclin d'une maladie aiguë, la sueur devient froide, il est rare que les moyens les plus puissants puissent dérober la victime à la mort.

L'odeur, la consistance, la couleur même de la sueur, ne fournissent aucune indication thérapeutique précise.

En parlant des matières excrétées par les selles et expectorées, nous avons émis les principes qui doivent diriger dans le choix des moyens curatifs. La diminution, l'augmentation, la perversion des exhalations de la pituitaire, des membranes muqueuses, vésicales, vaginales, utérines, ne doivent influencer le mode de traitement qu'en faisant connaître la maladie qui les produit. Ainsi la suppression du mucus nasal, son épaississement, etc., caractérisent l'inflammation de la pituitaire, et indiquent le traitement qu'il faut suivre; il en est de même pour l'écoulement muqueux qui s'effectue par les organes génitaux. La fétidité, la consistance, la couleur de ce mucus, contribuent à faire reconnaître le cancer

de ces parties, et doivent par conséquent imprimer des modifications au traitement que l'on emploie.

C'est principalement dans l'augmentation de l'exhalation séreuse qu'on voit éclater dans toute son étendue la vérité de nos principes, que c'est à la maladie principale et non aux phénomènes consécutifs qu'il faut adresser nos puissances thérapeutiques. Mais lorsque nous avons vainement combattu la maladie principale, nous nous voyons réduits à diriger notre traitement sur de simples effets. Qu'il est pénible pour un médecin qui exerce son art avec quelque raison, d'avoir recours à de si misérables moyens! Qu'elle est risible la confiance de ces guérisseurs qui s'imaginent faire une médecine savante et rationnelle lorsqu'ils emploient successivement les milliers de médicaments vantés contre les hydropisies! Quand pourrons-nous faire comprendre qu'en attaquant ainsi des phénomènes consécutifs, c'est l'ombre et non le corps que l'on poursuit? Quoi qu'il en soit, on n'est que trop souvent obligé de descendre soi-même à une semblable médecine. Lorsque la médecine rationnelle a échoué, ce n'est pas une raison d'abandonner le malade; l'humanité s'y oppose. D'ailleurs, en combattant le symptôme, on peut espérer de diminuer les accidents, de soulager le malade et de prolonger ses jours. Alors on a recours aux médicaments qui agissent sur la peau, aux diurétiques, aux purgatifs, et même aux opérations propres à évacuer la sérosité accumulée dans les diverses cavités, etc., dernières ressources d'un art impuissant!

Les exhalations sanglantes sont loin de présenter toujours les mêmes indications. Le médecin qui se déciderait à adopter tel mode de traitement plutôt que tel autre, sur la simple indication de l'exhalation sanglante, s'exposerait à commettre des erreurs funestes, et malheureusement telle est la conduite du plus grand nombre. Et comment serait-elle différente, lorsque nous voyons dans le codex tant de moyens antihémorrhagiques! Le médecin véritablement digne de ce nom ne se conduira pas ainsi; il saura que l'hémorrhagie n'est ordinairement qu'un symptôme; il cherchera à reconnaître à quelle altération elle appartient, et alors il traitera son malade avec certitude et efficacité. Il s'informera si l'hémorrhagie est idiopathique, si elle est primitive ou consécutive, supplémentaire, critique, symptomatique, etc. Si elle est critique, il la respectera; si elle est supplémentaire, il emploiera tous ses efforts pour rappeler l'évacuation supprimée, etc.; s'il reconnait que l'hémorrhagie est idiopathique et primitive, il cherchera à déterminer si elle est active, passive ou neutre : dans le premier cas, il emploiera le traitement débilitant; dans le second, le traitement tonique; et, dans le troisième, il se bornera à surveiller leur nature, à épier les indications. Si l'hémorrhagie a été tellement abondante qu'elle ait beaucoup affaibli le malade, qu'elle menace même son existence, il emploiera toutes les ressources de l'art pour en arrêter le cours, les lotions froides, astringentes, la glace, les ligatures, la cautérisation, les révulsifs, etc., etc.

La suppression d'une exhalation sanguine habituelle exige en général, de la manière la plus impérieuse, que le médecin cherche à la rappeler. Nous reviendrons sur ce sujet en traitant de la menstruation.

Il arrive fréquemment que l'exhalation purulente fournit des indications thérapeutiques. Presque toujours il est nécessaire de frayer au pus une issue au dehors lorsqu'il s'est réuni en foyer. La manière dont il faut procéder à ces opérations, qui varie suivant une multitude de circonstances, est du ressort de la médecine opératoire.

L'expérience a appris qu'il faut s'abstenir des émissions sanguines lorsque la suppuration s'effectue, presque toujours les saignées sont funestes dans ces circonstances. Nous n'en avons jamais vu réussir. Cependant, si des accidents particuliers très-urgents exigeaient cette émission sanguine, on devrait la pratiquer.

§ VI. Les phénomènes morbides des appareils sécrétoires sont assez féconds en indications thérapeutiques. L'épiphora est souvent l'effet d'une maladie des voies lacrymales, qui peut disparaître par les secours de l'art. Ce sont ordinairement les secours de la chirurgie que réclament ces sortes d'affections.

Lorsque la salivation devient trop abondante, qu'elle affaiblit le malade et l'expose à quelque danger, il est du devoir du médecin de la faire cesser. La suspension des causes est alors la première de toutes les indications. Ainsi, si le malade est soumis au traitement mercuriel, il est de rigueur de le suspendre; des délayants, des laxatifs, des purgatifs même sont utilement mis en usage ensuite pour arrêter ce flux salivaire.

Si la salivation est le symptôme d'une maladie de la bouche, il est superflu de dire que c'est contre cette maladie qu'il faut diriger les moyens thérapeutiques. Nous devons en dire autant si elle dépend d'une maladie plus éloignée.

Il peut être avantageux d'exciter par divers moyens une abondante salivation; on prétend avoir de la sorte favorisé la résorption de divers épanchements séreux. On assure que des hydrocéphales, des hydrothorax, etc., ont été combattus avec succès par ce moyen. Rien n'empêche qu'on ne l'emploie lorsqu'on a épuisé les ressources d'une médecine véritablement rationnelle.

La diminution de la salive n'indique pas de traitement particulier; on doit seulement dans ce cas augmenter la quantité des boissons. Enfin, lorsqu'elle contracte des propriétés contagieuses, ce n'est qu'en combattant la maladie principale qu'on peut espérer de détruire cet effet.

L'augmentation de la sécrétion biliaire ne donne pas lieu à un traitement spécial *antibilieux;* c'est contre la maladie dont cette augmentation est le symptôme qu'il faut diriger ses moyens. Nous en dirons autant de la diminution de cette sécrétion.

Les urines fournissent-elles par elles-mêmes de véritables indications thérapeutiques, ou bien n'influent-elles sur le choix des remèdes que par leur valeur diagnostique? Il est indubitable que c'est principalement sous ce dernier rapport qu'elles sont utiles à la thérapeutique : néanmoins elles peuvent modifier le traitement que l'on met en usage dans les diverses maladies, et même exiger quelques moyens spéciaux.

L'augmentation extraordinaire de l'urine et son altération particulière dans le diabétès réclament le traitement particulier à cette maladie. Cette même augmentation dans quelques hydropisies n'a pas de valeur thérapeutique spéciale; bien moins encore dans les affections nerveuses qu'elle accompagne quelquefois.

La diminution sensible de l'urine dans les maladies aiguës est un des signes qui font voir la nécessité du traitement antiphlogistique, et surtout celle des boissons délayantes en abondance.

L'urine pâle, transparente, ténue, peut exiger les mêmes moyens dans le commencement des maladies aiguës; mais lorsqu'elle est rouge, foncée, peu abondante, et fortement odorante, elle les

réclame d'une manière plus impérieuse encore.

L'urine jaune et safranée qui décèle une maladie du foie n'a de valeur que comme signe diagnostique, et les moyens de traitement varient suivant l'affection qui existe.

La couleur brune et noire de ce fluide excréteur dans les typhus est, comme nous l'avons vu, un signe pronostic fâcheux, mais n'exige pas l'emploi d'une médication spéciale.

L'opacité de l'urine varie sous le rapport thérapeutique, suivant l'affection qui l'occasionne; l'urine muqueuse accompagnant la phlegmasie de la vessie demande l'usage des délayants, les diurétiques légers, les antiphlogistiques; lorsqu'elle est symptomatique d'un état chronique, les mêmes moyens pourraient être funestes.

La fétidité que le cancer, le calcul, le catarrhe chronique de la vessie, etc., communiquent à l'urine, ne lui donne aucune valeur thérapeutique spéciale.

La haute température de l'urine dans les maladies aiguës contribue à prouver la nécessité du traitement antiphlogistique.

L'urine vraiment froide n'a lieu que dans les derniers moments de la vie, c'est-à-dire lorsque tous remèdes sont superflus.

L'hématurie n'est encore qu'un symptôme, et vient de nouveau confirmer cette vérité fondamentale si souvent reproduite dans cet ouvrage, que les symptômes ne peuvent servir de base au traitement qu'en faisant connaître quelle est la maladie existante, au moins dans la très-grande majorité des cas. L'hématurie est-elle le résultat d'une simple exhalation? il faut encore reconnaître si elle est primitive, consécutive, supplémentaire. Est-elle vraiment symptomatique? il faut encore déterminer si elle dépend d'une maladie de l'urètre, de la vessie, des uretères ou des reins; préciser si cette maladie est une ulcération, un cancer, un calcul, une fongosité, une varice, etc.; maladies qui exigeront un traitement différent, et dont le pronostic sera loin d'être le même.

L'hématurie par exhalation primitive exigera le traitement antiphlogistique, si elle est hypersthénique; un traitement opposé, si elle est hyposthénique : l'hématurie symptomatique d'un calcul indiquera l'opération de la taille ou toute autre, etc.

Les fausses membranes qu'on trouve, dit-on, quelquefois dans les urines, étant le signe d'une inflammation des organes urinaires, c'est aux moyens rafraîchissans qu'il faut recourir lorsqu'elles se présentent. Les débris noirâtres qu'elles entraînent dans quelques cas ne peuvent rien indiquer par eux-mêmes : il n'est pas de même du sable et des graviers; ces substances, portant avec elles toute leur valeur diagnostique, portent aussi leur signification thérapeutique. Notre savant collègue, M. Magendie, a fait un mémoire fort intéressant sur ce sujet, que le lecteur consultera avec fruit. Il y prouve que le régime végétal, non azoté, est le meilleur traitement à opposer à cette affection.

Il est peu de moyens à employer pour empêcher qu'une certaine quantité de liqueur prostatique ne soit excrétée avec l'urine; cet accident est d'ailleurs peu dangereux.

Quant aux corps étrangers venus du dehors ou formés au dedans, l'indication est de les extraire.

Il est peu de signes thérapeutiques qui découlent des changements qui surviennent spontanément dans les urines. Les pellicules, les nuages, les sédiments, n'exigent aucuns moyens qui leur soient propres; la manière dont l'urine est excrétée, dépendant au contraire d'affections bien déterminées, doit nécessairement exercer une grande influence sur le choix des moyens thérapeutiques. Ainsi la dysurie réclame le traitement antiphlogistique lorsqu'elle accompagne la blennorrhagie et la cystite; dans certains cas évidemment syphilitiques, on doit recourir au traitement spécifique. La strangurie et l'ischurie, qui dépendent de la paralysie plus ou moins prononcée de la vessie, doivent être traitées d'une manière différente, suivant la cause organique qui produit la paralysie; lorsqu'elles sont l'effet du rétrécissement ou de l'oblitération de l'urètre, les moyens chirurgicaux, tels que le cathétérisme, la cautérisation de l'urètre, sa division au moyen d'un instrument ingénieusement inventé par M. le docteur Amussat, etc., doivent être mis en usage.

La mixtion par regorgement exige qu'on sonde le malade; elle ne réclame pas d'autres moyens que la maladie principale où elle se montre.

Les douleurs que les malades ressentent dans la vessie, le ténesme vésical, etc., doivent être traitées diversement, suivant qu'ils dépendent des calculs vésicaux, de cancer, etc.

La mixtion involontaire présente une signification différente, suivant qu'elle survient dans une affection cérébrale, telle que l'apoplexie, le ramollissement, la méningite, la congestion, l'hystérie, l'épilepsie, etc., ou dans quelque maladie chronique de la vessie, etc.

Si les déviations d'urines étaient bien constatées, on devrait chercher à rétablir leur cours naturel le plus promptement possible. Son excrétion par une ouverture accidentelle réclame les secours de la chirurgie.

Le défaut de sécrétion spermatique, ainsi que sa trop grande abondance, sont peu susceptibles d'être avantageusement combattus; c'est toujours à détruire la cause qu'il faut s'attacher.

§ VII. Les changements morbides survenus dans l'absorption sont peu riches en indications curatives.

La sécheresse des tissus que l'on observe dans le principe des maladies aiguës annonçant ordinairement une irritation plus ou moins intense, indique aussi la nécessité des moyens antiphlogistiques.

Il est souvent nécessaire d'activer l'absorption; on y parvient en général par l'abstinence et par les saignées.

§ VIII. Existe-t-il quelques indications fondées sur les changements morbides survenus dans la nutrition? Ces changements ne sont-ils pas toujours consécutifs de l'état des organes intérieurs? C'est ce qu'il est presque impossible de révoquer en doute. Dès lors la conséquence à tirer n'est-elle pas de porter ses moyens vers l'organe malade?

L'hypertrophie générale exigerait d'ailleurs l'abstinence, un exercice modéré, en un mot des pertes abondantes et une réparation légère.

L'hypertrophie locale exigerait le repos de l'organe hypertrophié, et le défaut d'alimentation. Les états contraires aux précédents, s'ils n'étaient pas l'effet d'une affection particulière, réclameraient des moyens opposés, c'est-à-dire une alimentation fortement réparatrice, l'exercice des organes languissants, etc. Dans les autres cas, c'est vers la maladie existante, et vers les causes qui l'ont déterminée ou qui l'entretiennent, qu'il faut diriger son traitement.

ART. II. *Des indications thérapeutiques tirées des phénomènes morbides des appareils de la vie de relation.*

§ I. Ce n'est encore qu'en faisant reconnaître la maladie dont ils dépendent que les signes fournis

par l'habitude extérieure du corps peuvent, dans la plupart des cas, prendre une signification thérapeutique.

Dans quelques maladies, qui consistent entièrement dans la position du tronc ou des extrémités, toutes les indications dérivent de ces apparences extérieures; telles sont la plupart des difformités, traitées aujourd'hui avec beaucoup de succès par des moyens mécaniques ingénieux.

La fermeté, l'assurance de l'attitude, étant ordinairement le signe d'une certaine surexcitation, peut contribuer, avec les autres symptômes qui décèlent cet état de l'organisme, à indiquer le traitement débilitant. Au contraire, la mollesse de l'attitude, l'avantage des lois *physiques* sur les lois *organiques*, indiquant en général une prostration portée à un certain degré, font sentir la nécessité de recourir à une méthode opposée.

L'inconstance de l'attitude dépend de causes trop variées pour qu'on puisse leur ajouter beaucoup d'importance pour fonder le traitement. Si l'on observe ce signe dans les phlegmasies de la peau, on devra chercher à modérer l'agitation du malade par des moyens tempérants, tels que les bains tièdes, les fumigations d'eau, les topiques émollients; encore ces moyens, en général avantageux, ou du moins innocents, ne peuvent-ils pas être toujours employés sans inconvénients.

Il faut en dire autant de l'immobilité, qui réclamera un traitement débilitant très-actif, si elle dépend d'une hémorrhagie cérébrale ou d'une congestion, d'un coup de sang; qui en exigera un différent si elle est le résultat de l'asphyxie, de la syncope; et un entièrement opposé, si elle est l'effet du dernier degré de l'adynamie directe.

Si le décubitus sur le dos, sur le ventre, sur l'un des côtés, si la position assise peuvent quelquefois servir à faire modifier le traitement, ce n'est qu'en favorisant le diagnostic.

L'œdème et l'anasarque n'étant, ainsi que nous croyons l'avoir démontré, qu'un phénomène consécutif, c'est sans doute contre la maladie principale que l'on doit diriger ses efforts. Cependant, comme cette maladie principale est souvent au-dessus des ressources de l'art, on est réduit quelquefois, pour obvier aux inconvénients produits par cet épiphénomène, de faire la médecine de symptôme. C'est alors qu'on a recours à cet innombrable cortége de drogues diurétiques, apéritives, diaphorétiques, purgatives, vomitives, ces merveilleux hydragogues tant vantés dans les formulaires! c'est alors que, malgré soi, et pour agir encore sur le moral du malade, on tourmente ses derniers moments par des mouchetures, des scarifications, des vésications, etc., etc., dans le vain espoir de tarir une infiltration intarissable, puisque la source n'en peut être détruite!

Quant à l'emphysème, on a donné le précepte de faire échapper l'air interposé dans le tissu cellulaire; mais qui ne sent que ce n'est là qu'un moyen palliatif, et que c'est la cause organique qui le produit qu'on doit attaquer par des moyens rationnels? Il en est de même de l'air et des gaz développés accidentellement dans nos cavités.

On peut tirer quelques indications assez importantes des diverses colorations de la peau, quoique, en général, il soit impossible de se dispenser de remonter au diagnostic. Ainsi, bien que la pâleur de la peau dénote l'anémie, et invite le médecin à s'abstenir d'émissions sanguines, il est des cas, tels que l'hémorrhagie cérébrale, le frisson de l'invasion des maladies aiguës, etc., où cette indication serait souvent mal fondée.

Il est rare que la peau livide et plombée ne réclame pas des moyens excitants; il faudrait cependant se garder d'y avoir recours dans le froid des maladies aiguës ou intermittentes, etc.

Les ecchymoses spontanées, principal signe du scorbut, ou caractère indubitable de la plus grande débilité, exigent impérieusement un traitement excitant ou tonique, qui cependant peut être encore modifié par des maladies concomitantes : circonstances qui établissent l'une des plus grandes difficultés de l'art de guérir.

La teinte rosée, rouge, animée, de la peau, peut être considérée comme un des signes les moins équivoques d'un état hypersthénique, et demande l'usage de la méthode débilitante. Il faut encore distinguer si cette couleur n'est pas due à quelque éruption ou à l'action d'un irritant extérieur.

Mais pourrons-nous nous élever avec assez de force contre cette liste meurtrière de médicaments antiictériques? Peut-on lire sans dégoût cette absurde et pitoyable nomenclature? Ne fallait-il pas avoir renoncé à toute espèce de sens pour conseiller de semblables moyens, et cela sur d'aussi misérables indications? Que penser des moyens suivants, vantés contre l'ictère dans un formulaire récent : Acétate de potasse, bols digestifs de Smith, crême de tartre soluble; électuaire de Ward, de psyllium; élixir de Whit; esprit de cochléaria, de nitre dulcifié, d'angélique composé, de ménianthe; éther nitrique térébentiné; extrait de trifolium fibrinum; infusion de suie de Piderit; mixture antiictérique de Quarin, fondante de Mutzel; opiat mésentérique; pastilles antiictériques de Buchan, de Cœroly; pilules de Greding, etc., etc. Et l'on appelle cela de la médecine, grand Dieu! dans le dix-neuvième siècle!

Lorsqu'on connaît l'immense variété des causes organiques de l'ictère, peut-on concevoir que des hommes, dont on révère les talents et même le génie, se soient laissés entraîner à de pareilles absurdités? Quoi! l'ictère dépend de l'inflammation du foie ou de ses conduits, du duodénum, d'une tumeur de cet organe, telle que le cancer, les tubercules, la cirrhose; de calculs biliaires; d'acéphalocystes; de tumeurs d'organes voisins, qui compriment les conduits biliaires, telles que celles de l'estomac, du pancréas, du duodénum, du rein; et l'on a l'audace, ou plutôt la stupidité, de proclamer des remèdes antiictériques!

Il est peu d'indications qui découlent des autres nuances de la peau. Sa teinte jaune paille, jaune citron, jaune verdâtre, verte, noirâtre, noire, bleue, ne mérite l'attention que sous le rapport du diagnostic.

Il n'en est pas de même des nombreuses éruptions qui la couvrent. Mais ici ces éruptions constituant tout le diagnostic de ces maladies, il est peu surprenant qu'elles fournissent seules les indications thérapeutiques.

Quant aux éruptions symptomatiques, telles que les pétéchies, les bubons, etc., elles influencent peu le traitement du typhus, de la peste, et des autres maladies où elles se montrent.

L'état extérieur du corps, considéré dans chaque région, peut fournir quelques connaissances importantes pour le traitement des maladies, et ne saurait être négligé sans préjudice.

On conçoit facilement que l'augmentation du volume de la tête n'exige pas d'autre traitement que les maladies qu'elle accompagne. Ainsi l'hydrocéphale, l'érysipèle, etc., réclament des moyens différents; une semblable proposition n'a besoin que d'être

énoncée. Il en est de même de l'augmentation partielle de cette région du corps.

L'expression seule de la face, son état général, peuvent certainement concourir, avec d'autres phénomènes, à indiquer tel mode de traitement de préférence à tout autre. Ainsi la face animée, assurée, fera pencher vers les moyens débilitants. L'accablement, l'immobilité des traits, feront reconnaître la nécessité des moyens contraires. L'état convulsif, le désordre, l'irrégularité des mouvements de la face, ne serviront au traitement qu'en conduisant au diagnostic de la maladie qui existe.

La rougeur de la face est bien certainement un des signes les moins équivoques de polyœmie ou d'irritation, et conséquemment une indication assez précise du traitement débilitant.

La couleur rouge, livide, plombée de la face est loin d'indiquer les mêmes moyens. Néanmoins dans quelques maladies du cœur, dans l'asphyxie, dans quelques angines, etc., il pourrait encore être utile de recourir à la saignée malgré ces signes ; dans la plupart des autres cas, ce sont les révulsifs que cet état exige.

La pâleur de la peau, si elle n'indique pas de traitement particulier, montre en général la nécessité de s'abstenir des moyens débilitants. Il n'y a guère que dans quelques hémorrhagies cérébrales, où cette règle puisse faire exception ; mais dans les maladies chroniques, dans l'anémie, la chlorose, le cancer, le scorbut, et généralement dans toutes les affections hyposthéniques, on conçoit qu'elle est rigoureusement applicable.

Les autres colorations de la face n'ont pas d'autre signification thérapeutique que celle du reste de la peau.

La face vultueuse n'étant qu'une exagération de la face animée, les mêmes considérations lui sont applicables.

La bouffissure de la face n'indique rien de spécial. Il en est de même de la face grippée qu'on observe dans le commencement des maladies aiguës, graves ; et de même aussi de l'amaigrissement de cette partie. Lorsque la figure porte l'empreinte du dernier degré du marasme, elle ne fait qu'attester l'impuissance de l'art.

Les modifications que les maladies impriment aux yeux n'ont guère de valeur thérapeutique que celles qui dépendent de leur signification diagnostique. Les déviations du globe de l'œil, sa saillie hors de l'orbite, son enfoncement, etc., sont dans ce cas.

L'injection de la cornée accompagnant presque constamment ou l'ophthalmie, ou une phlegmasie intense éloignée, est un des signes qui font sentir l'urgence des moyens débitants ; sa teinte jaune dans l'ictère, sa pâleur dans quelques maladies chroniques, n'ont pas de valeur particulière.

C'est encore la cause organique de la dilatation de la pupille qu'il faut déterminer avant d'employer aucun remède. Il faut savoir s'il existe un état local du cerveau et quel il est ; s'il existe un épuisement des forces, etc., avant de traiter le malade ; et c'est ce qu'on néglige généralement.

Le rétrécissement de la pupille dépendant d'une iritis, d'une méningite, d'une ophthalmie interne, doit être combattu par les antiphlogistiques.

Nous n'avons jamais observé l'irrégularité de l'ouverture pupillaire dans les affections vermineuses ; si l'expérience confirmait ce signe, ce serait contre l'affection principale qu'il faudrait diriger ses moyens.

L'état des paupières n'est guère important à considérer dans le choix des moyens thérapeutiques ; néanmoins leur prolapsus, leur clignottement, et les maladies dont elles sont primitivement le siége, peuvent exiger quelques moyens particuliers. Il faut en dire autant de la caroncule lacrymale, des sourcils, du front, etc.

Il faut recourir aux émissions sanguines lorsque chez un individu polyæmique il existe un resserrement douloureux des tempes, et lorsque les artères qui les sillonnent battent avec force.

La coloration des joues porte la même signification que celle de la face et de la peau en général. Il n'entre pas dans notre dessein de parler des diverses irruptions qui couvrent ces parties.

C'est encore contre les maladies qui les occasionnent, et non contre les phénomènes morbides dont le nez est le siége, qu'il faut diriger les moyens thérapeutiques. Il faut en dire autant des signes offerts par les lèvres dans les convulsions, l'hémiplégie, les scrofules, etc. : leur couleur vermeille concourt à trouver la convenance du traitement rafraîchissant, etc.

Les cheveux fournissent peu d'indications particulières, si ce n'est dans la plique polonaise, s'il est vrai que cette affection existe. Les signes fournis par les oreilles sont les mêmes que ceux des autres parties du corps.

On est encore fort partagé sur les moyens à mettre en usage contre le gonflement des parotides. Ce phénomène ne se montre guère que vers le déclin des maladies graves, lorsque déjà on a employé toutes les ressources de l'art et particulièrement le traitement antiphlogistique. Le malade paraît alors dans une faiblesse générale réelle et peu capable de supporter de nouvelles émissions sanguines. Cependant quelques médecins veulent que l'on combatte cet accident par des applications de sangsues, etc. Nous pensons que ces moyens sont peu rationnels, et qu'il faut se borner à mettre sur la tumeur des topiques émollients, et à faire usage de révulsifs aux extrémités inférieures, et des autres moyens réclamés par l'état local et général du malade.

La longueur du cou, sa brièveté, ne présentent aucune indication particulière. Lorsque cette région est gonflée par l'existence d'un goître, cette maladie peut exiger un traitement spécial.

Si les artères carotides battent avec violence, on doit recourir aux moyens affaiblissants. Dans le torticolis, la luxation des vertèbres, les convulsions, la position du cou peut nécessiter quelques modifications dans le traitement de ces maladies.

Le développement du thorax n'offre pas d'autres indications que celles des maladies où il s'observe. Les vices de forme que cette cavité contracte dans le rachitisme, étant un des signes caractéristiques de cette affection, doivent faire reconnaître la nécessité des remèdes qui lui sont convenables.

Les changements que les maladies font éprouver aux parois abdominales peuvent indiquer quelques moyens spéciaux ; mais c'est pour ainsi dire constamment en faisant reconnaître quelle est la maladie qui existe.

Les parois abdominales présentent les mêmes modifications de volume, de température, de couleurs que le reste du corps, et n'offrent pas d'autres indications, ou tout au plus font varier légèrement le mode d'administration des remèdes ; mais elles en offrent en outre qui dépendent des maladies mêmes des organes qu'elles renferment, et celles-ci peuvent nécessiter des moyens particuliers.

Les gaz, les liquides qui distendent le ventre exigent que l'on combatte d'abord les maladies dont

ils sont le résultat; mais lorsque tous nos efforts ont échoué dans cette direction, il est permis d'attaquer ces accidents par quelques moyens particuliers. Toujours est-il, néanmoins, que cette espèce de médecine est la plus misérable de toutes.

Dans le cas où l'augmentation du ventre est partielle, le devoir du médecin est de reconnaître quelle est l'espèce d'altération qui existe, et, lorsqu'il l'a reconnue, de la traiter par les moyens convenables. Ainsi, l'accumulation des matières fécales, les tumeurs herniaires, les abcès, les tumeurs enkystées, les cancers, etc., exigeront des moyens divers.

Si la diminution du ventre est l'effet de la colique métallique, on devra se hâter de mettre en usage les traitements consacrés à cette affection, etc.

La nature des douleurs abdominales variant suivant les maladies, on doit leur appliquer les raisonnements que nous venons de faire pour les tumeurs.

La chaleur circonscrite du ventre indiquant l'irritation des organes sous-jacents, exige en général les antiphlogistiques; il en faut dire autant de la tension et de l'augmentation du volume de cette région.

On tire peu de signes généraux curatifs de l'examen des organes génitaux; mais le traitement des accidents syphilitiques primitifs et souvent consécutifs, et de quelques autres affections extérieures de ces organes, est nécessairement fondé sur cet examen.

Parmi les signes que nous donne l'apparence extérieure des membres, il n'en est guère qui ne rentrent dans ce que nous avons dit de l'état extérieur du corps considéré d'une manière générale, et aucun ne présente des données importantes pour le traitement des maladies.

§ II. Il s'en faut de beaucoup qu'il en soit de même pour les phénomènes que nous fournit la locomotion. Ces derniers éclairent singulièrement sur les moyens thérapeutiques qu'on doit mettre en usage, mais ce n'est encore qu'en précisant l'altération qu'ils accompagnent.

Il n'entre pas dans notre plan de parler des maladies chirurgicales. Les plaies, les ulcères, les tumeurs, les fractures, les luxations, ne sont pas de notre compétence. Aussi les organes passifs des mouvements, et même les altérations primitives des organes actifs de la locomotion, doivent-ils peu nous occuper. Ce n'est que comme signes d'affections éloignées que les phénomènes qu'ils présentent peuvent nous intéresser. Toutefois, les os longs et les os plats étant le siége de quelques phénomènes consécutifs de la syphilis; le rachitisme et les scrofules y produisant, ainsi que nous l'avons vu, la plupart de leurs désordres; l'arthritis, le rhumatisme, les névralgies, etc., y exerçant de même leurs ravages, ce serait une grande faute que de ne pas les considérer comme pouvant fournir au médecin de nombreuses indications curatives. Mais ces indications ne diffèrent pas de celles des maladies qui les produisent.

Les muscles méritent principalement une attention soutenue. L'augmentation de la force musculaire ne nécessite pas toujours le traitement antiphlogistique. Dans les convulsions épileptiques, hystériques, par exemple, lorsque surtout ces affections existent depuis long-temps, on a rarement recours à ce traitement. Dans les délires aigus, et même dans la manie, l'exaltation de l'énergie musculaire demande quelquefois des moyens affaiblissants.

L'abattement des forces musculaires, dans le principe des maladies aiguës, est loin d'être, comme le croit le vulgaire, le signe d'une véritable faiblesse, et par conséquent est loin d'indiquer la nécessité d'une médication tonique, ou même simplement de contre-indiquer le traitement débilitant. On commettrait une étrange erreur, et certes bien funeste, si l'on se laissait imposer par cette faiblesse apparente. L'expérience prouve qu'elle est le résultat de la souffrance des organes malades, d'une concentration intérieure, et que les moyens délayants, affaiblissants, relèvent ces forces abattues en faisant cesser la cause de cet abattement.

Mais un des sujets sur lesquels triomphent de la manière la plus éclatante les principes de la médecine organique, c'est la paralysie. Nous avons fait voir qu'on la considérait encore naguère comme l'effet de la *diminution ou de l'abolition des propriétés vitales*, et d'après cette manière de voir on administrait sans choix et sans discernement les liniments alcalins, cantharidés, camphrés, dont on frictionnait les membres à toute outrance; la noix vomique, les excitants et les toniques, l'électricité, le galvanisme, etc., et cela dans l'espoir de ranimer les propriétés vitales diminuées ou abolies.

On ne cesse de redire que le traitement des maladies est ce qu'il y a de plus important; que celui qui ne sait pas traiter les maladies ne sait rien; que le diagnostic est bien quelque chose, mais que le traitement est bien supérieur, etc. Rien n'est plus propre à faire ressortir la stupidité de ces raisonnements que l'exemple que nous avons sous les yeux. Jusques à quand faudra-t-il répéter qu'il ne peut y avoir de traitement sans diagnostic? Quoi, vous prétendez traiter une maladie sans la connaître! quoi, lorsque vous aurez appris une foule de formules, une liste de drogues soi-disant bonnes contre la paralysie, vous vous croirez médecins, et meilleurs médecins que celui qui vous aura appris à distinguer les différentes maladies qui produisent la paralysie! Quoi, parce que vous saurez que Hallé et Mauduyt, et autres médecins, auront employé l'électricité dans cinquante-une paralysies, ou la noix vomique, ou des liniments, etc., vous vous croirez meilleurs médecins que celui qui vous aura fait reconnaître les diverses altérations qui produisent le symptôme que vous combattez! Il faut avoir perdu tout sens et tout jugement pour oser soutenir de semblables propositions; et si tous les jours elles ne nous étaient jetées à la tête par des malveillants ou des ignorants, nous aurions peine à y croire.

Ce médecin distingue bien les maladies les unes des autres, dit-on, mais il ne sait pas les traiter. Le reproche est singulier, et véritablement inconcevable, digne des préjugés et des erreurs dans lesquels on a croupi jusqu'à ce jour. Pourquoi donc cherche-t-on à distinguer les maladies les unes des autres, si ce n'est pour arriver à un traitement plus philosophique, plus rationnel? A quoi bon tous ces efforts pour parvenir à cette distinction, si ce n'est pour arriver à un traitement plus convenable, c'est-à-dire plus utile pour les malades? Est-ce qu'il vaudrait mieux, par hasard, les traiter sans les distinguer? Voudrait-on inférer de là qu'on peut traiter une maladie sans la connaître? Et si ce n'est pas là la conséquence qu'on en veut tirer, qu'on nous dise clairement ce qu'on veut conclure? Hallé et Mauduyt, sans doute très-savants dans la science des drogues, agissaient-ils en véritables médecins lorsqu'ils administraient l'électricité dans *cinquante et un cas de paralysie?* Faisaient-ils une médecine rationnelle? Et l'un d'eux est l'auteur du codex! Un

médecin qui leur aurait dit : « dans vos cinquante « et une paralysies, il y en a vingt-cinq qui sont la « suite de ramollissements du cerveau ; vingt, d'hé- « morrhagies cérébrales ; les six autres sont la suite « de cancers, de tubercules, de tumeurs fongueuses, « osseuses, etc. ; votre électricité ne fera rien con- « tre les premières, ou elle exaspérera les accidents; « elle n'empêchera pas de guérir la plupart des se- « condes, et sera complètement inutile pour les « dernières », leur aurait-il rendu un mauvais service, les aurait-il rendus plus mauvais médecins en leur faisant voir que leur prétendu excitant des propriétés vitales n'était bon à rien ou qu'il ne pouvait que nuire ? De quel côté eût été l'avantage, la supériorité je dis même, pour le traitement ? eût-ce été pour l'auteur du codex, ou pour l'homme au diagnostic ? Qu'on cesse donc de ne voir la médecine que dans la matière médicale; qu'on la voie enfin là seulement où elle est, c'est-à-dire dans les indications thérapeutiques ; et puisse enfin la génération présente comprendre que la première de ces indications est dans le diagnostic, « et que celui-là seul est médecin, que celui-là seul peut prétendre à traiter les maladies avec fruit, qui portera le diagnostic le plus certain ! »

La paralysie aura donc une valeur thérapeutique différente, suivant qu'elle aura telle ou telle signification diagnostique. Si elle est le signe d'une affection de l'encéphale ou de ses dépendances, si elle est le signe d'une altération des organes qui exécutent les mouvements, elle présentera des indications différentes, et ces indications varieront encore suivant l'espèce d'altération existante.

Pour l'encéphale, on cherchera à déterminer si elle est produite par une congestion, une inflammation, une hémorrhagie, etc. ; et, suivant le cas, on emploiera des moyens divers. Ces moyens devront encore varier suivant l'étendue et l'intensité de la lésion ; ainsi une hémorrhagie légère exigera à peine une émission sanguine, tandis qu'une hémorrhagie plus forte nécessitera l'emploi réitéré de la saignée, etc.

Si la cause organique de la paralysie a son siége sur le membre même paralysé ; si cette paralysie dépend d'une maladie d'un nerf, de la compression de ce nerf par une tumeur, de l'oblitération des vaisseaux, d'une violente contraction musculaire ; si la paralysie est sympathique d'un empoisonnement, de la colique des peintres, etc., ce sera contre la maladie principale qu'il faudra diriger le traitement ; le degré de paralysie servira seulement à graduer les moyens mis en usage.

Ce que nous venons de dire pour la paralysie s'applique entièrement à la contracture, à la raideur, aux crampes, aux convulsions des membres. Ce n'est qu'en caractérisant la maladie qu'ils accompagnent, que ces accidents peuvent être utiles au traitement.

On a pensé que les soubresauts dans les tendons, la carphologie, indiquaient toujours les toniques, les stimulants, les antispasmodiques de la classe des excitants, tels que le musc, le camphre, le castoréum, l'éther, etc.; les révulsifs, les vésicants, les sinapismes, etc. ; mais ces moyens, qui peuvent être bons dans certains cas, sont mauvais dans une multitude d'autres.

On en est réduit à des règles bien vagues dans le traitement de la chorée, de la catalepsie, de l'hystérie, de l'épilepsie, de l'hypocondrie, etc. Il n'est pas douteux que ce vague, cette incertitude qui règne sur ce sujet ne soit le résultat de l'obscurité du diagnostic : il est plus que vraisemblable que si l'on connaissait la lésion organique qui produit les phénomènes fonctionnels que l'on désigne sous ces noms, le traitement en serait bien plus assuré.

§ III. Les changements que les maladies déterminent dans la voix et dans la parole, ainsi que le plus grand nombre des phénomènes fonctionnels morbides examinés jusqu'ici, ne peuvent indiquer de traitement particulier qu'autant qu'ils servent à caractériser et à faire reconnaître la cause qui les produit.

Ainsi, les cris violents que poussent certains maniaques et quelques malades atteints d'un délire aigu, n'ont guère d'autre signification que l'aliénation et l'inflammation du cerveau, des méninges, etc. Toutefois, comme la force des cris indique assez bien un état relatif d'énergie générale, si le traitement débilitant est indiqué, ils contribueront à le faire juger nécessaire.

La faiblesse de la voix dans les maladies aiguës, éloignées des organes respiratoires, décèle l'état contraire au précédent, et présente par conséquent une indication inverse. Cette proposition est loin d'être absolue. Une inflammation viscérale intense peut, par l'excès de la douleur ou par la concentration des forces, occasionner la faiblesse de la voix, sans qu'on soit en droit de conclure que le malade est faible, le traitement débilitant contraire, et les toniques indiqués : conclusions qui pourraient être très-funestes.

Dans les phlegmasies aiguës des voies aériennes, la faiblesse de la voix est bien moins encore un véritable signe de débilité, et une indication pour les excitants; le traitement antiphlogistique, au contraire, en faisant cesser l'irritation et la douleur, rend à la voix sa force naturelle.

La voix peut encore être faible dans les frissons fébriles, dans quelques affections spasmodiques, sans annoncer une faiblesse réelle.

Mais dans les maladies de long cours, après des pertes abondantes, une abstinence prolongée, etc., la faiblesse de la voix est assez généralement en rapport avec la faiblesse générale ; si dans ce cas il existe quelques moyens de relever les forces abattues, il convient de les employer.

Les variations que les maladies nerveuses impriment à la voix ne donnent pas lieu à des indications autres que celles que ces affections exigent elles-mêmes.

Lorsque les changements que la voix éprouve font reconnaître un polype, une angine, un croup, etc., les indications dépendent alors du diagnostic. Il faut en dire autant de l'enrouement, de l'aphonie, etc. Cette dernière peut dépendre d'un grand nombre de causes organiques, qui toutes réclament des moyens qui leur sont propres.

Le tremblement de la voix peut annoncer un collapsus profond, exiger les moyens toniques, révulsifs et autres ; ou bien précéder et accompagner le délire, et alors, suivant les cas, demander un traitement différent ou inverse.

Les changements que la parole éprouve sont dans le même cas que ceux de la voix ; ils sont presque tous symptomatiques de différentes maladies du cerveau, et ne modifient ou n'éclairent que peu leur traitement. Néanmoins le bégaiement peut être combattu quelquefois avantageusement par un exercice convenable. Nous ne citerons pas ici l'exemple célèbre de Démosthènes, connu de tous les écoliers ; nous nous bornerons à recommander la lecture du mémoire du docteur Voisin à ce sujet (1).

(1) On a récemment préconisé une méthode de traitement que l'on assure être très-efficace contre le bégaiement. L'approbation que notre savant ami M. Magendie a donnée à cette méthode est la présomption la plus forte en sa faveur.

Le bégaiement peut survenir dans un grand nombre de maladies qui réclament des moyens variés.

Lorsque la parole est prompte, brusque, brève, et qu'il existe simultanément d'autres phénomènes de surexcitation, le traitement antiphlogistique est indiqué.

Dans les phlegmasies du cerveau avec compression dans les affections typhiques, la parole est lente; cependant les émissions sanguines peuvent être nécessaires; les révulsifs sont souvent utiles dans ces cas.

La perte de la parole réclame des moyens différents, suivant la cause organique qui la produit. Dans les affections hystériques, vermineuses, narcotiques; dans l'ivresse, dans les altérations organiques des parties qui commandent ou exécutent la parole, le traitement doit être différent.

La pectoriloquie ne demande pas d'autre traitement que les maladies où elle se montre; l'égophonie, la résonnance métallique, etc., ne présentent non plus aucune indication spéciale. Ces derniers phénomènes morbides sont d'ailleurs encore fort peu certains quant à leur valeur diagnostique.

§ IV. L'exaltation de la sensibilité générale dans les maladies de la peau ne réclame pas de traitement particulier; il en est de même des phlegmasies du cerveau et des maladies nerveuses chroniques dont elle n'est qu'un symptôme. On doit cependant faire remarquer que les gens dont la sensibilité générale est très-exaltée sont bien plus sensibles aux excitants extérieurs et à l'action des moyens thérapeutiques, que les individus doués d'une sensibilité médiocre; que par conséquent on doit proportionner l'énergie des agents qu'on emploie à ce degré de susceptibilité. Les médicaments seront donnés à des doses et à des degrés de concentration bien plus faibles que dans les cas ordinaires. Ce précepte est de rigueur pour les hystériques, les hypocondriaques, les personnes nerveuses. On devra toujours commencer à les traiter par des moyens légers, peu énergiques, pour s'élever ensuite à l'emploi d'une thérapeutique plus active.

Dans les affections du cerveau avec compression, soit sanguine, soit séreuse, la diminution de la sensibilité ne fournit pas d'indication par elle-même. C'est en traitant la maladie principale qu'on peut espérer de la voir revenir à son type normal. Ce que nous avons dit en parlant du mouvement est entièrement applicable à la sensibilité.

La douleur qui accompagne la plupart des maladies, et qui présente dans chacune d'elles un caractère propre, peut-elle être combattue par des moyens particuliers? Sarcone, et Barthez, qui prétendaient faire la médecine analytique, voulaient qu'on dirigeât des moyens thérapeutiques contre chaque symptôme. Ils employaient l'opium contre les douleurs inflammatoires. Nous ne pensons pas que cette méthode soit très-philosophique; cependant il est des cas où la douleur exige des moyens particuliers : 1°, dans le cas où elle forme le principal phénomène de la maladie, comme dans les douleurs nerveuses; 2°, lorsque, dans les maladies chroniques, la douleur devient très-violente, et que les moyens stupéfiants administrés au dedans et au dehors ne peuvent pas augmenter la maladie principale; 3°, enfin, dans les maladies aiguës, il est permis d'employer des lotions, des fomentations, des lavements, des injections, des cataplasmes émollients, pour modérer l'intensité de la douleur. Dans les autres cas, c'est la maladie dont la douleur est la compagne qu'il faut combattre. Les moyens à mettre en usage doivent être proportionnés en général à son degré de violence, qui est ordinairement en rapport avec la violence de l'altération locale.

La nature même de la douleur peut faire modifier le traitement. Si elle annonce la suppuration, on devra suspendre les émissions sanguines; si elle annonce une congestion sanguine, une inflammation aiguë, elle fera recourir au contraire à ces mêmes moyens. Enfin, pour tout dire en un mot, suivant la maladie qu'elle concourra à caractériser, on devra varier les agents curatifs; ici donc, comme pour la très-grande majorité des expressions fonctionnelles morbides, l'indication thérapeutique est dans le diagnostic. N'est-il pas de la dernière évidence que la douleur inflammatoire, nerveuse, rhumatismale, arthritique, celle qui dépend de gaz intestinaux, de matières fécales, de vers, d'une compression, etc., ne peuvent être traitées de la même manière? et dès lors, n'est-ce pas encore dans le diagnostic que repose toute la médecine?

Les signes fournis par les organes des sens et leurs fonctions peuvent-ils être convertis en indications de traitement? Ces phénomènes morbides peuvent dépendre de tant de lésions différentes, qu'il est presque superflu de répondre à cette question, maintenant surtout qu'elle s'est si souvent représentée pour des cas analogues. Toutefois l'exaltation des sens, qu'on observe dans les maladies aiguës, et principalement dans celle de l'encéphale et de ses enveloppes, exige qu'on mette l'organe à l'abri de tout excitant extérieur; ainsi le malade sera tenu dans le silence et l'obscurité. Les odeurs fortes, pénétrantes, peuvent être également nuisibles, de même d'ailleurs que tous les agents sensoriaux doués de quelque activité.

On devra prendre les mêmes précautions lorsque l'exaltation des sens sera due à l'inflammation de l'organe lui-même. Cette exaltation des sens, survenant avec d'autres phénomènes de réaction, annonce d'ailleurs la nécessité de recourir au traitement antiphlogistique.

La diminution de l'action des sens n'exige pas de traitement particulier. Le devoir de tout homme qui aspire au nom de véritable médecin, de médecin utile à l'humanité, est de chercher à reconnaître la cause organique qui détermine le phénomène morbide, et, rejetant tout moyen empirique, de n'employer que ceux que lui dicte sa raison. Ces préceptes sont applicables aux perversions et à l'abolition des sensations.

§ V. Les phénomènes morbides que présentent les affections morales fournissent de nombreuses et d'importantes indications, qu'il n'est pas toujours facile de saisir, et qu'il n'est pas toujours possible de remplir lorsqu'on les saisit. C'est dans les maladies de long cours, et principalement dans ce qu'on nomme improprement les affections mentales, que ces indications se montrent en plus grand nombre. Mais quel tact, quel discernement ne faut-il pas au médecin pour en tirer tout le fruit possible! Quelle connaissance approfondie du cœur humain ne lui faut-il pas pour en manier habilement tous les ressorts! Consoler le malade dans ses afflictions réelles ou chimériques, compatir à ses maux, se plaindre avec lui, entrer dans ses idées pour les combattre ensuite avec plus de succès par la confiance qu'on aura acquise; savoir, suivant le caractère de l'individu et sa tournure d'esprit, le ramener par la crainte, par la douceur, par l'espérance; le distraire de ses chagrins par des moyens adroits; le soustraire en un mot à l'influence des causes : dans combien de détails ne faudrait-il pas entrer pour exposer seulement un très-petit nombre des cas in-

finis qui peuvent se présenter, et où la sagacité de l'homme de l'art peut seule lui servir de guide et lui inspirer les moyens les plus convenables!

Les désordres du moral dans les maladies aiguës n'offrent pas les mêmes indications; on doit se borner, dans ce cas, à relever l'espoir des malades, lorsqu'ils tombent dans le découragement, et à traiter la maladie principale.

§ VI. Les altérations de l'intelligence, plus nombreuses encore que les précédentes, nous fournissent des indications du même genre; mais les perversions dont elle est susceptible sont tellement variées, qu'il est impossible de tracer des règles générales. Des faits particuliers, des études cliniques, sont seuls capables de donner quelques connaissances utiles à cet égard. Cet aliéné croit avoir une mouche au bout du nez; un chirurgien habile lui fait une incision, feint d'en retirer l'insecte, le lui présente, et le malade est guéri. Cet autre croit avoir dans la vessie toutes les eaux en réserve, il refuse d'uriner : on crie au feu, on le supplie de venir au secours de l'incendie; il urine, et sa maladie est jugée. Un troisième croit n'avoir pas de tête; on lui donne un grand soufflet, et cet argument *ad hominem* le convainct de son erreur, etc. C'est donc à l'espèce de délire qu'il faut avoir égard; et, pour le médecin, c'est plus à sa sagacité qu'il doit recourir qu'aux préceptes qu'il pourrait trouver dans les auteurs.

Dans les maladies aiguës du cerveau ou d'autres organes qui agissent sur lui, il est inutile de dire encore que, le délire n'étant qu'un effet, c'est contre la maladie principale qu'il faut diriger les agents thérapeutiques.

La diminution de l'intelligence, qui caractérise l'idiotisme, est presque toujours au-dessus des ressources de l'art.

La stupeur indique généralement les révulsifs, tels que les sinapismes ou les vésicants; mais, dans certains cas, il faut y joindre les émissions sanguines. Ainsi, dans la stupeur qui accompagne la congestion, l'hémorrhagie cérébrale, les saignées sont indiquées en première ligne; mais dans la stupeur qui succède aux maladies aiguës du cerveau, et qui paraît dépendre de l'accumulation de la sérosité, il faut d'abord recourir aux dérivatifs.

Des moyens analogues, mais ordinairement plus énergiques, doivent être employés contre la suspension totale de l'intelligence dans l'hémorrhagie forte du cerveau, dans l'asphyxie, dans la syncope, etc.

§ VII. Faut-il aussi combattre directement l'insomnie et la somnolence? Il s'en faut de beaucoup que l'insomnie doive être combattue par des moyens directs dans la majorité des cas. On sait qu'elle a lieu dans la plupart des maladies aiguës, et qu'elle est la compagne inséparable d'une douleur un peu vive; or, dans ce cas, nous savons qu'il faut d'abord attaquer, par les moyens convenables, la maladie qui la produit. Lorsqu'avec l'insomnie il existe encore d'autres signes de surexcitation, c'est une indication de plus pour le traitement antiphlogistique. Cependant si l'insomnie persistait longtemps, si son opiniâtreté exaspérait les accidents, si l'administration de quelques légers calmants ne pouvait pas aggraver l'état du malade, il conviendrait d'en prescrire, toutefois avec prudence. Dans les maladies chroniques, il est plus souvent nécessaire de recourir à ces moyens; alors, non seulement ils n'ont aucun effet fâcheux, mais ils peuvent être d'une grande utilité, ne serait-ce qu'en apportant une trêve précieuse à des douleurs continuelles et intolérables. Ce précepte peut s'appliquer principalement aux maladies organiques incurables, et à la plupart des affections nerveuses.

L'augmentation morbide du sommeil, résultat ordinaire de la compression cérébrale, indique, dans certains cas, l'emploi des émissions sanguines, et dans d'autres, celui des révulsifs; enfin, dans quelques circonstances, l'usage simultané ou successif de ces divers moyens. Les premiers sont surtout utiles dans la congestion, l'hémorrhagie, l'inflammation, dans leur première période; les seconds, dans la deuxième période de ces mêmes maladies, dans les affections typhiques, dans les épanchements séreux, etc. Ces moyens doivent être proportionnés à l'intensité du sommeil morbide, lequel varie depuis la somnolence la plus légère jusqu'au carus le plus profond.

Art. III. *Des indications thérapeutiques tirées des phénomènes morbides des appareils de la génération.*

Indépendamment des maladies qui frappent les appareils générateurs de l'homme et de la femme, et qui toutes réclament des moyens particuliers, il est des phénomènes morbides qui peuvent se présenter dans la plupart des affections, et qui fournissent des indications précieuses de traitement. Ainsi, laissant de côté tous les accidents syphilitiques, tels que chancres, écoulements, poireaux, chouxfleurs, tumeurs de toute espèce qui méritent des soins particuliers; laissant encore de côté les cancers, les polypes, les corps fibreux, les inflammations aiguës, les hémorrhagies de l'utérus et de ses annexes, etc., nous allons dire quelques mots des signes thérapeutiques que l'appareil générateur peut donner dans les maladies.

Les organes génitaux de l'homme ne fournissent aucune indication thérapeutique générale; les seules maladies de ces organes, dont un grand nombre réclame les secours de la chirurgie, demandent un traitement spécial. Le priapisme, qu'on a donné comme un signe de cérébellite, pourrait indiquer l'application des agents curatifs vers la nuque, si le fait était bien constaté. Quant au satyriasis, à l'inaction du pénis, etc., c'est aux causes qui les déterminent qu'il faut remonter si l'on veut faire une médecine rationnelle. Nous en dirons autant de la rétraction du testicule dans la néphrite, le calcul rénal ou vésical, la névralgie iléo-scrotale, etc.

Il n'en est pas de même des fonctions de ces organes chez la femme; elles nous présentent les indications thérapeutiques les plus impérieuses et les plus importantes; elles réclament toute l'attention du médecin : la moindre négligence sous ce rapport peut entraîner les suites les plus graves, les accidents les plus fâcheux; elles peuvent compromettre la vie ou du moins la santé pour toujours. La régularité de la menstruation est la condition indispensable de la santé chez les femmes; le moindre dérangement exige qu'on y remédie le plus promptement possible.

Lorsque les femmes sont soumises à l'influence d'une cause morbifique au moment de leur menstruation, elles en ressentent les effets bien plus promptement, bien plus facilement, que dans toute autre époque. Elles tombent malades alors avec la plus grande facilité, et l'un des premiers résultats de cette influence est la suppression de la menstruation.

Plusieurs médecins ont pensé dans ces derniers temps que la suppression des règles était presque

toujours consécutive dans les maladies; que la cause morbifique agissait d'abord sur l'organe malade, et qu'une fois l'irritation produite, elle occasionnait une véritable révulsion; ils en ont tiré cette conséquence, que, la suppression menstruelle n'étant qu'un effet, elle ne méritait pas toute l'importance qu'on y attachait, et que, quoi qu'il en fût, c'était sur la maladie qu'il fallait diriger son traitement.

Cette opinion, exposée avec talent, peut être soutenue en théorie, mais elle n'est pas admissible en pratique. Tous les médecins qui soignent un grand nombre de malades, et surtout les femmes, savent en effet qu'on se priverait de moyens curatifs précieux si on négligeait cette indication; ils savent que, lorsqu'on les saisit, il est rare que la maladie résiste au traitement.

Le principe émis par les premiers, que la cause agit d'abord sur l'organe malade, peut être contesté. Il n'est pas certain que la cause morbifique agisse d'abord sur l'organe malade; il nous semble qu'elle peut tout aussi bien agir d'abord sur l'utérus, et cela de plusieurs manières. Le coït, les injections froides astringentes, une aspersion d'eau froide, un bain de pied froid, l'impression froide de l'air, la peur, une émotion vive, etc.; quelques-unes de ces causes agissent d'abord, à la vérité, sur le cerveau, mais de là sur l'utérus, et, plus tard, sur l'organe qui devient malade. Le sang qui doit affluer vers la matrice étant ainsi refoulé vers les autres viscères, peut enfin produire une congestion, une irritation, sur l'un de ces organes; et dès-lors nul doute que la première de toutes les indications ne soit de rappeler l'écoulement menstruel.

Mais, à supposer même que les choses se passent comme on le prétend, toujours est-il certain qu'on doit faire tous ses efforts pour rappeler les règles : nous verrons plus tard quels moyens on doit employer pour cela. Lorsque, négligeant cette indication, on se borne à traiter l'organe affecté, la déviation menstruelle persiste, devient habituelle, et la maladie passe fréquemment à l'état chronique. Il est cependant quelques cas où il faut, sous peine de voir périr la malade, renoncer à cette indication; c'est lorsque les accidents sont si forts, si violents, si rapides, qu'ils menacent l'existence. Alors, sans égard à la cause occasionnelle, on doit combattre directement la maladie. Ainsi, lorsqu'une pneumonie, une hémoptysie, etc., portées à un haut degré, font craindre pour les jours des malades, il ne faut point hésiter, il faut saigner largement, parce que de deux maux il faut préférer le moindre. Forcé d'en agir souvent de la sorte, nous n'avons pas vu sans étonnement le flux menstruel reparaître. C'est qu'alors, l'irritation révulsive venant à cesser, toutes les fonctions reprenaient leur type normal. Mais ce résultat heureux est loin de se présenter toujours; celui que nous avons signalé tout-à-l'heure est bien plus ordinaire. Dans ces cas pressants, après avoir combattu les accidents les plus imminents, on doit employer les moyens propres à rappeler le flux menstruel.

Dans les maladies aiguës, on voit diminuer et disparaître les phénomènes locaux et généraux, lorsque la menstruation se rétablit. A la vérité, on a prétendu que c'était parce que la maladie diminuait que les règles revenaient; mais lorsqu'on a employé des moyens énergiques pour les faire reparaître, il est permis de croire qu'ils n'ont pas été sans effet.

Règle générale, toutes les fois que les menstrues ne se montrent pas comme elles devraient, si elles retardent, si elles sont trop ou trop peu abondantes, la saine thérapeutique ordonne de chercher à les rétablir dans le type normal. Aménorrhée, dysménorrhée, polyménorrhée, réclament impérieusement notre attention.

Partant de ce principe, lorsqu'une jeune fille qui n'est pas encore réglée, ou qui l'est à peine, éprouve des accidents de pléthore, de congestion, d'inflammation, et que ces accidents peuvent être attribués à la dysménorrhée, il faut chercher à établir l'écoulement menstruel; chez les femmes arrivées à l'âge critique, les mêmes causes et les mêmes effets exigent des moyens analogues.

Maintenant, si nous voulons rassembler dans un cadre étroit tous les phénomènes morbides qui présentent la même valeur thérapeutique, nous verrons qu'on doit mettre au nombre de ceux qui indiquent *en général* le traitement antiphlogistique les signes suivants :

La soif vive, la rougeur, la sécheresse, la rudesse de la langue, son augmentation de volume, quelquefois sa diminution, sa consistance, ses éruptions aphtheuses ou autres; l'adhérence et la viscosité des enduits la couvrent : la rougeur et le gonflement des parties de l'arrière-bouche; la douleur dans la déglutition; les nausées, les vomissements, au moins dans le plus grand nombre des cas; les matières bilieuses, le sang rendu par cet acte morbide, sa fréquence et les douleurs qu'il occasionne; la douleur épigastrique, surtout lorsqu'elle augmente beaucoup par la pression, la constipation, le dévoiement, les douleurs d'entrailles; la dureté, la tension, le météorisme du ventre; la douleur de la défécation; la liquidité ou l'extrême consistance des fèces, leur couleur jaune rougeâtre, le sang qu'elles contiennent, etc.;

La force, la fréquence, la grandeur, la dureté du pouls; le battement des artères carotides, temporales, de l'aorte abdominale; l'activité de la circulation capillaire; le gonflement, la tension des veines superficielles; la consistance, la couleur vermeille du sang, la présence de la croûte inflammatoire, l'absence de sérosité, quelquefois la rougeur des vaisseaux lymphatiques; la force des battements du cœur, du choc, de l'impulsion de ses pulsations, leur fréquence, etc.;

La fréquence, la gêne de la respiration, moins dans les états aigus; le stertor, le ronflement, le clangor, la chaleur de l'air expiré, le râle crépitant, l'absence de respiration, le râle muqueux, quelquefois l'égophonie, le son mat rendu par la percussion, la toux fréquente, douloureuse, sèche; la difficulté, la douleur de l'expectoration; les crachats sanglants, rouillés, visqueux, tenaces, leur âcreté, leur chaleur, la douleur au côté du thorax, etc.;

La chaleur vive et générale, son augmentation partielle dans certains cas; la sécheresse de la peau;

La diminution des exhalations muqueuses, la sécheresse, la chaleur de ces membranes; la diminution, et dans certains cas l'augmentation des exhalations séreuses; les exhalations sanglantes actives, idiopathiques ou symptomatiques, supplémentaires; la suppression ou simplement la diminution d'une hémorrhagie habituelle; la rougeur et la sécheresse des surfaces qui suppurent;

L'abondance des larmes, leur suppression, une salivation abondante ou au contraire sa diminution; la difficulté et la douleur de l'excrétion salivaire, une augmentation considérable dans la sécrétion biliaire; la rareté, la rougeur, la chaleur des urines, quelquefois leur transparence, leur ténuité, rare-

ment leur augmentation; l'hématurie, la mixtion difficile et douloureuse;

L'embonpoint, l'hypertrophie générale ou partielle; une attitude ferme et assurée, une grande agitation; la fermeté des chairs; la largeur des cavités, le développement des traits;

La couleur rosée, rouge de la peau, sa chaleur, son augmentation de volume; l'expression assurée et animée de la face, sa coloration vive, sa consistance ferme, rénitente, son augmentation de volume; les yeux brillants, fixes, rouges, injectés; l'augmentation de la contractilité musculaire, quelquefois les lassitudes générales, les douleurs des membres, la paralysie récente et subite;

La force de la voix, ou au contraire sa faiblesse, dans les maladies aiguës des voix aériennes; dans certains cas le bégaiement;

L'exaltation de la sensibilité générale, quelquefois sa diminution ou même son abolition; l'intensité de la douleur, lorsqu'elle est inflammatoire, quel que soit d'ailleurs son siége, à la peau, aux muscles, au cerveau, aux poumons, à la plèvre, au péritoine, aux organes qu'il renferme, etc.;

L'exaltation des sens, dans certains cas leur perversion; le délire aigu, et principalement le délire bruyant, furieux, etc.; l'insomnie, ou le sommeil agité, troublé par des rêves; quelquefois la stupeur, la somnolence;

Enfin la suppression ou la diminution de la menstruation, etc. :

Telle est la série des signes qui exigent plus particulièrement l'usage des moyens antiphlogistiques; mais il faut bien se garder d'oublier que ces assertions ne sont point absolues, qu'elles ne sont que relatives; que, dans beaucoup de cas, un grand nombre de ces phénomènes morbides ne réclament pas le traitement antiphlogistique; que, dans un grand nombre d'autres, des phénomènes en apparence inverses peuvent l'exiger. Il ne faut pas oublier que les signes que nous venons d'exposer ont la signification thérapeutique que nous leur attribuons, surtout dans les maladies aiguës et dans leur principe. Enfin il ne faut oublier que le traitement antiphlogistique est loin d'être le même pour tous les cas, qu'il doit singulièrement varier d'énergie; que l'abstinence et les délayants suffisent dans certaines circonstances; que, dans d'autres, il faut recourir à des saignées fréquentes et copieuses. C'est ce dont nous nous occuperons avec quelque détail dans la seconde division.

Maintenant voyons ceux des phénomènes morbides qui exigent ou permettent *en général* un traitement tonique et excitant. Ils sont presque tous opposés aux précédents; ce sont :

La soif nulle; la pâleur ou la teinte brune, noire de la langue, mais sans sécheresse; l'enduit muqueux et filant qui la recouvre; la lenteur des digestions; les dévoiements atoniques, le météorisme chronique du ventre;

La faiblesse, la petitesse, la mollesse du pouls; la lenteur de la circulation capillaire; l'affaissement des veines superficielles; la pauvreté du sang; la couleur noire, brune, son peu de consistance; la grande proportion de sérosité; l'obscurité, la faiblesse des battements du cœur;

La difficulté de la respiration, qui résulte de la faiblesse des puissances inspiratrices; la froideur de l'air expiré, dans certains cas sa fétidité; le râle trachéal; l'impossibilité de l'expectoration, la suppression des crachats;

La froideur générale, ou simplement de celle des extrémités;

L'augmentation de l'exhalation séreuse, l'infiltration des cavités et des membres; une exhalation sanglante long-temps continuée, hyposthénique; la couleur pâle, blafarde ou noirâtre des surfaces qui suppurent;

La pâleur de l'urine, sa froideur; la difficulté ou l'impossibilité d'uriner; la mixtion par regorgement; la maigreur, le marasme;

Un état de prostration et d'accablement dans l'attitude, la difficulté de se mouvoir, le décubitus dorsal, la mollesse et la flaccidité des chairs, la petitesse des traits, le peu d'ampleur des cavités;

La pâleur, la lividité de la peau, ses marbrures, ses ecchymoses spontanées; l'abattement de la face, les yeux ternes et chassieux, la lourdeur des paupières, qui sont à demi closes;

La faiblesse de la voix; la fatigue extrême pour prononcer quelques mots, l'insensibilité générale, la disparition des douleurs, l'atonie des sens, la stupeur, la somnolence, l'état chlorotique, etc. :

Tels sont les signes qui font recourir *ordinairement* à l'emploi des toniques et des excitants; mais beaucoup de ces signes peuvent aussi dépendre de la concentration des forces. On s'exposerait à commettre des fautes graves si l'on ne parvenait à distinguer des cas si différents. Ce sont là les grandes difficultés de la médecine pratique. La mort du malade peut dépendre d'une méprise ou d'une idée préconçue; c'est ici qu'il faut se garder de l'esprit de système! Celui qui croira que les malades ont toujours trop de forces combattra toujours cet état par les débilitants, et les tuera dans la majorité des cas; celui qui pensera qu'ils n'en ont jamais assez, en prodiguant les toniques dans des cas de concentration des forces, produira les mêmes malheurs. Il importe donc beaucoup d'établir des distinctions précices; c'est ce que nous tâcherons de faire dans le paragraphe où nous traiterons des indications fournies par les forces des divers individus.

Mais les phénomènes morbides n'indiquent pas seulement le traitement affaiblissant ou le traitement tonique, il en est qui font recourir à des médications spéciales; nous les avons fait connaître, nous nous bornons à les indiquer ici pour qu'on ne nous accuse pas de ne voir dans les maladies qu'hypersthénie et hyposthénie; nous dirons même que l'état moyen, c'est-à-dire qui n'est ni hypersthénique, ni hyposthénique, est peut-être le plus fréquent de tous, et qu'alors il ne se présente véritablement aucune indication pressante. Nous ajouterons qu'il est une multitude de maladies qui ne demandent que des soins hygiéniques, et la soustraction du malade à ses modificateurs habituels; enfin, qu'il en est qui réclament des moyens spécifiques, etc. : nous avons exposé les deux premiers cas seulement comme les plus ordinaires et les plus importants.

En étudiant ces phénomènes, on ne devra pas oublier qu'ils sont loin de se présenter ensemble chez le même individu, qu'il n'en existe ordinairement qu'un certain nombre de réunis; mais on devra surtout ne pas oublier qu'un seul d'entre eux ne suffit pas pour avoir une valeur réelle, et qu'il est indispensable qu'il en existe plusieurs.

Des causes des maladies considérées comme indications thérapeutiques.

Les causes des maladies sont peut-être le point de leur histoire le plus obscur. On connaît peu leur manière d'agir, et il en est peu d'indispensables à

la production des maladies; la plupart d'entre elles peuvent faire naître indifféremment toutes les affections. Lorsqu'un individu placé sous l'influence d'un agent morbigène est frappé d'une maladie, on peut presque toujours demander d'abord si la maladie ne se fût pas développée sans cet agent, et, en second lieu, si cette cause eût déterminé la même maladie sur un autre individu. Cette incertitude dans l'effet des agents morbifiques fait que nous apportons en général peu d'attention sur cette branche de la pathologie. Que penser en effet de la valeur de ces causes lorsqu'on en voit figurer la fastidieuse série en tête de chaque affection? que penser de leur action lorsqu'il est démontré que pour toutes les maladies il faut une disposition particulière dans l'individu pour qu'elle soit produite? quelle confiance peut-on avoir dans une puissance dont l'effet est si peu certain? C'est bien certainement cette disposition particulière qui nous échappe qui forme le point principal, puisque sans elle la maladie ne serait pas produite : cette disposition gît ou dans la texture des organes, ou dans la composition des fluides, mais elle nous est entièrement inconnue, et ne peut par conséquent pas nous éclairer dans le choix des moyens à employer. Cent individus sont soumis à l'influence d'une même cause; ils ont tous des maladies différentes. Supposons que cent individus d'âge, de sexe, de constitution différents, ou même, si l'on veut, dans des circonstances analogues sous tous ces rapports, se trouvent sur un coche au moment où il se brise, où il est submergé; qu'arrivera-t-il? que ces cent individus, soumis aux mêmes craintes, à la même impression du froid, etc., auront cependant tous des maladies diverses. Les uns auront des pneumonies, les autres des bronchites, les autres des pleurésies, des érysipèles, des rhumatismes, des gastrites, etc. Pourquoi cela? c'est que chacun portait en lui, avant l'accident, une disposition particulière. Cette disposition particulière ne constitue pas un état morbide : tous ces individus se portaient bien avant le naufrage, et vraisemblablement sans lui n'auraient pas été malades; comme aussi, sans cette disposition, malgré le naufrage, ils seraient restés sains. Ces deux circonstances ont été nécessaires l'une à l'autre pour la production de la maladie; mais on ne peut révoquer en doute que la plus importante ne soit la prédisposition. Voilà donc, dans l'étiologie, deux ordres de choses à considérer : les causes occasionnelles et les prédispositions.

Il s'en faut bien que toutes les causes puissent être réunies sous ces deux chefs de divisions; ces causes sont extrêmement nombreuses, et partant très-difficiles à classer : on en a fait dans les écoles des espèces multipliées, mais ces distinctions arbitraires ont jusqu'ici peu éclairé la matière. A quoi sert en effet de reconnaître des causes générales, individuelles, externes, internes, chimiques, physiques, physiologiques, prédisposantes, occasionnelles, spécifiques, sinon à fatiguer l'attention et la mémoire par des divisions auxquelles la nature ne s'astreint en aucune manière?

Tous les agents physiques (1), tous les actes de l'organisme, sont susceptibles de devenir causes de maladies. L'hygiène s'occupe de la plupart de ces objets; elle les considère en eux-mêmes et dans leurs effets immédiats et consécutifs sur l'économie animale. Il existe cependant un grand nombre de causes dont elle ne saurait traiter, telles que les venins de certains animaux, des dispositions atmosphériques inappréciables, la suppression de certains exanthèmes, etc.; d'où nous devons conclure encore qu'une bonne classification des causes est très-difficile dans l'état actuel de la science.

Ainsi la manière d'agir des causes échappe la plupart du temps à nos recherches; nous ne possédons rien de certain, rien de positif à cet égard. Telle cause qui passe pour produire tel effet, ne le produit pas dans un grand nombre de cas; et tel effet que l'on dit être produit par certaine cause, l'est bien souvent par toute autre. Dans tous les cas, on ne peut donc savoir d'une manière indubitable si l'effet qu'on observe est réellement le résultat de la cause présumée; de plus, les agents que l'on suppose déterminer les maladies sont tellement nombreux qu'ils échappent à nos recherches.

Cependant, quoi que nous disions du vague et de l'obscurité qui règnent sur cette matière, il faut bien se garder de conclure que leur recherche ne peut être d'aucun secours à la thérapeutique; nous pensons, au contraire, que, dans une multitude de circonstances, cette recherche peut nous procurer les lumières les plus utiles. Les indications qu'elles nous fournissent, quoique reconnaissant des bases moins solides que celles que donnent le siége et la nature des maladies, peuvent être cependant de la plus grande utilité.

Sans appliquer d'une manière rigoureuse l'axiome de physique *sublata causa, tollitur effectus*, puisque, dans beaucoup de cas, la cause a cessé d'agir, et que les maladies n'en suivent pas moins leur cours, bien que leur cause n'ait été que momentanée, et qu'alors il est superflu et même impossible de diriger aucun moyen contre cette cause, il est cependant un grand nombre de cas où elle continue d'exister, et entrave la marche de la maladie; il en est quelques-uns où, quoiqu'elle n'existe plus, elle peut imprimer au traitement des modifications importantes. C'est surtout en l'appliquant aux causes bien plus qu'aux phénomènes morbides qu'on a dit : *Contraria contrariis curantur*.

Parmi les agents morbifiques qui produisent une maladie lorsqu'il existe déjà une prédisposition, il en est un grand nombre contre lesquels l'art ne peut rien : ainsi l'impression d'un air chaud ou froid, le passage rapide de l'un à l'autre; un bain trop chaud ou trop froid; un vêtement trop léger, humide; l'impression de la pluie; un excès dans le boire ou le manger; des aliments ou des boissons insalubres; un vomitif ou un purgatif pris mal à propos; l'exercice immodéré d'un organe; la respiration d'un air froid; l'équitation contre le vent; les cris, les chants; une impression morale vive; la privation de sommeil, etc., sont dans ce cas. Cependant on doit en tirer cette indication, qu'il faut laisser dans le repos l'organe qui paraît avoir trop agi : ainsi recommander le silence lorsque les cris, les chants, la déclamation, etc., auront produit la maladie; recommander la diète après les écarts de régime, le repos après la veille, etc.

Mais la suppression d'une évacuation habituelle, telle qu'une hémorrhagie, les règles, un exutoire, un ulcère ancien; la rétrocession d'une éruption, de la goutte, etc., fournissent les indications les plus impérieuses : saisies habilement, elles peuvent arracher un malade au trépas.

Sous peine de commettre la plus grave et la plus

(1) L'étude des agents physiques et de leur influence sur l'organisme a été portée à un haut degré d'intérêt par M. le docteur Edwards : nous ne saurions trop recommander la lecture de l'ouvrage important que ce médecin distingué a publié sur ce sujet.

pernicieuse des erreurs, le médecin ne peut se dispenser de fixer son attention sur ces causes, et d'employer tous ses efforts pour les détruire. La nature semble elle-même nous en donner le précepte par les exemples qu'elle nous présente. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit en parlant de la menstruation ; nous ne répéterons pas qu'on a attribué la disparition des exanthèmes au commencement de l'irritation. Quoi qu'il en soit de ces discussions, toujours est-il qu'on doit chercher à rappeler l'évacuation supprimée. A la vérité, lorsqu'on y parvient, cela ne suffit pas pour que la maladie soit guérie, mais cela favorise singulièrement sa résolution. Voici un fait, entre un grand nombre d'autres, qui pourra faire sentir l'utilité de ce précepte. Une femme, d'environ cinquante ans, portait une dartre ulcérée à la jambe droite ; elle était d'ailleurs convalescente d'une légère irritation gastrique, lorsqu'elle me demanda à sortir pour affaires pressantes. Elle se fatigua beaucoup, et revint le soir à l'infirmerie dans un grand état de malaise. Le lendemain matin, à la visite, elle me présenta tous les signes locaux et généraux d'une pleurésie des plus intenses. Je voulus voir l'éruption, que je trouvai complètement desséchée. J'ordonnai un traitement actif, pour combattre d'abord les phénomènes les plus graves, me proposant d'employer promptement les révulsifs indiqués ; mais la nature prévint mon intention : la dartre avait reparu et la pleurésie s'était dissipée. Cet exemple prouve encore que, lorsqu'on est appelé pour un cas de ce genre, il faut d'abord combattre les accidents les plus graves, les plus urgents, et renvoyer à une époque plus éloignée les indications présentées par la cause occasionnelle.

Il est des causes qui déterminent d'une manière plus *spéciale* certaines maladies ; ces *causes spéciales* présentent des indications plus précises que les précédentes.

Nous admettons des causes spéciales et des causes *spécifiques*, cette dernière dénomination ne nous paraissant convenir qu'aux agents susceptibles de se transmettre en général par contagion, et dont l'effet, constamment le même et pour ainsi dire nécessaire, ne saurait dépendre d'autres causes. Les causes spéciales produisent bien une maladie d'une manière plus particulière, mais cette maladie peut être déterminée par plusieurs causes : je n'en veux pour exemple que l'asphyxie, laquelle est produite par la submersion, la strangulation, la respiration de certains gaz, etc., et que cependant chacun de ces agents produit d'une manière certaine. Au reste, nous devons dire que nous ajoutons fort peu d'importance à ces sortes de distinctions.

Parmi les causes spéciales, les poisons doivent tenir le premier rang. C'est ici que nous trouvons le plus de preuves sur l'utilité qu'on peut retirer de la connaissance des causes. En effet le traitement de la plupart des empoisonnements varie suivant la substance toxique qui l'a déterminé. Le traitement général n'est pas le même si le poison est de la classe des irritants, des narcotiques, des septiques, des narcotico-âcres, etc., et chaque empoisonnement réclame en outre un traitement approprié. Mais cette matière est très-étendue et forme à elle seule une division importante de l'art de guérir. M. le professeur Orfila, par ses savantes recherches, l'a élevée, dans ces derniers temps, à un haut degré de perfection, et c'est dans son excellent ouvrage qu'on doit puiser les connaissances relatives à ce sujet.

Ce que nous disons des substances ingérées dans l'estomac, nous devons le dire aussi des gaz que l'on respire. Il en est de non respirables et de délétères : la première des indications est de soustraire le malade à la cause qui agit sur lui, de lui faire respirer un air libre et pur, et d'employer ensuite les autres moyens indirects.

Les mêmes indications sont données par l'air chargé de vapeurs animales décomposées. L'encombrement dans une prison, un hôpital, etc., exige d'abord qu'on fasse circuler l'air et la lumière, et qu'on dissipe cet encombrement, sous peine de voir périr tous les individus qui y sont exposés ; l'exhumation des cadavres, la putréfaction d'animaux à la suite d'une épizootie, les gaz des fosses d'aisance, commandent impérieusement de faire cesser la cause des ravages qu'exercent les maladies typhoïdes, soit en purifiant les lieux infectés, soit en les abandonnant. Il en est de même pour les matières végétales, les vapeurs métalliques qui occasionnent des accidents particuliers. Dans ces cas, la connaissance de la cause donne des indications thérapeutiques précises. Si un individu éprouve des coliques violentes, et que l'on apprenne en même temps que sa profession l'oblige à travailler le plomb ou le cuivre, le diagnostic pourra ne pas être le même que pour tout autre individu ; chez lui on pourra attribuer les douleurs à la substance métallique, tandis que chez l'autre on devra la rapporter à toute autre cause. Il est inutile d'ajouter que le traitement devra essentiellement différer.

Lorsque le froid intense ou la chaleur excessive auront produit l'asphyxie, on devra encore faire subir au malade un traitement différent.

La strangulation, l'immersion dans l'eau, réclameront aussi des moyens divers. L'amour, la nostalgie, enfin les diverses passions de l'âme non satisfaites, exigeront de la part du médecin un traitement philosophique, dont on ne trouvera pas la recette dans les formulaires : c'est là qu'on voit mentir cette sentence de Celse : « Morbos non eloquentia sed remediis curari » ; c'est là qu'on doit dire : « Morbos non remediis sed eloquentia curari. » Enfin les vers intestinaux réclameront aussi des moyens particuliers.

Les causes spécifiques ne sont pas moins fertiles en indications curatives. Les venins, véritables poisons animaux, formant une transition naturelle entre les causes précédentes et celles-ci, veulent être traités par des moyens donc l'expérience a fait connaître l'utilité. Les virus et les principes contagieux, dont l'existence a été si fortement discutée de nos jours, exigent surtout impérieusement des moyens spécifiques. L'hydrophobie, la syphilis, la peste, la gale, etc., ne peuvent être traitées comme des inflammations simples. Parmi les maladies contagieuses mêmes, il en est qui agissent, par l'intermédiaire de l'atmosphère ou d'autres corps, sur un grand nombre d'individus, et qui réclament d'autres remèdes que celles qui se transmettent par un contact immédiat, par insertion, etc.

Il est en outre une multitude de circonstances qui favorisent la contagion, et qu'il est très-important de connaître, afin de s'y opposer de tous ses efforts.

Nous pourrions parler ici de quelques animaux parasites, tels que le pou du pubis, etc. ; mais ces sujets sont peu importants.

Maintenant, si nous abordons les causes prédisposantes, nous trouverons encore plusieurs circonstances propres à modifier le traitement. Un régime trop riche et trop réparateur, en reproduisant une hématose trop abondante, dispose à la polyæmie et

à toutes les maladies inflammatoires avec hypersthénie. La première indication qui dérive de cette circonstance, c'est de diminuer la quantité des matériaux de nutrition, et d'ôter par des saignées l'excès de sang qui existe. Oter du sang et empêcher d'en faire, telle est la conduite qu'impose un régime de ce genre long-temps continué; mais il ne faut ôter du sang que lorsque les accidents le réclament rigoureusement.

Une alimentation pauvre et peu réparatrice exigera qu'on soit sobre dans l'emploi des évacuations sanguines, et qu'on ait recours, dès que les accidents le permettront, à une alimentation réparatrice.

L'abus du vin et des liqueurs fermentées occasionne fréquemment des maladies graves et souvent mortelles. Les indications à tirer de cette habitude ne sont rien moins que précises; mais, dans tous les cas, la discontinuation de cette funeste habitude est impérieusement commandée. Il faut en dire autant de l'abus du thé, du café et des autres excitants, dans les maladies qu'ils déterminent. L'usage des boissons corrompues et d'aliments décomposés produit souvent des maladies, telles que le scorbut, qui guérissent par l'usage de l'eau saine et fraîche, et de végétaux récemment cueillis. Lorsque ce régime insalubre a fait naître des maladies adynamiques, typhoïdes, etc., il faut souvent, après les premières périodes, avoir recours à des remèdes toniques.

L'usage long-temps continué du même régime alimentaire devant finir nécessairement par déterminer quelques maladies, nécessite qu'on varie les substances dont on se nourrit.

Lorsqu'une maladie naît sous l'influence d'une habitation insalubre, le médecin doit prescrire, avant tout remède, le changement de domicile.

Nous devons en dire autant des maladies produites par l'habitude de porter des vêtements trop serrés, trop légers, trop chauds, etc.; la première indication est de corriger ces défauts.

Les bains chauds habituels ou froids doivent être suspendus lorsqu'ils plongent l'individu dans une faiblesse, une langueur remarquable, ou qu'ils font naître la polyæmie.

Les évacuations excessives sont loin d'être sans influence sur la santé, et nous ne croyons pas que les maladies qui naissent sous l'influence de cette cause puissent être traitées comme des maladies ordinaires. Raphaël, à l'âge de trente-sept ans, après avoir commis des excès dans les plaisirs de l'amour, tomba malade, *fut saigné* un grand nombre de fois et mourut. Il est vraisemblable que, s'il n'eût pas caché la véritable cause de son mal, les arts eussent été enrichis encore d'un grand nombre de chefs-d'œuvre de sa main. Il est superflu de dire que, dans un cas semblable, il faut être réservé dans l'emploi des débilitants.

Les excitants naturels des sens, mais principalement les impressions morales et les actes intellectuels, réclament l'attention du médecin thérapeutiste; ce n'est pas impunément pour le malade qu'il pourrait négliger les indications qui découlent de ces circonstances.

L'excès ou le défaut d'exercice musculaire, le sommeil ou la veille trop long-temps prolongés, exigeraient qu'on prescrivît des bornes à ces actes de l'organisme, s'ils paraissaient disposer à quelques maladies particulières.

Lorsque le malade a déjà éprouvé des maladies antécédentes, on peut en tirer quelques indications précieuses. On doit s'informer alors quels sont les remèdes dont on a fait usage et quels effets ils ont produits; les éviter s'ils ont été nuisibles, les employer de nouveau s'ils ont été avantageux.

Les anciens, dont l'imagination active se complaisait dans la contemplation des grands effets de la nature, et qui se doutaient peu de l'intérêt que pouvait offrir l'étude des détails, avaient fixé leur attention d'une manière spéciale sur les phénomènes généraux; ils avaient étudié avec le plus grand soin les causes qui paraissent agir sur les masses. Ainsi l'air, les eaux, les lieux, leur avaient inspiré de brillantes conceptions, et souvent fécondes en résultats admirables. Le traité d'Hippocrate où il traite de cette matière est un des plus beaux que l'antiquité nous ait transmis. Les applications qu'Empédocle fit de ces principes en faveur d'Agrigente, sa patrie, furent sans contredit les plus utiles qui aient jamais été faites, et sont encore aujourd'hui les plus beaux exemples de ce que peut le génie de l'observation.

Malgré ces travaux et malgré les moyens d'observations si savamment et si ingénieusement multipliés entre les mains des modernes, nous sommes encore peu avancés sur ce sujet. Il est peu d'indications thérapeutiques à déduire de la durée et de la direction des vents; des degrés d'humidité, de sécheresse, de froid et de chaud, de lumière, d'électricité, répandus dans l'air, et agissant sur des masses d'individus. Nous reviendrons sur ce sujet en traitant des climats, des saisons et des habitations.

De la nature des maladies considérée comme indication thérapeutique.

Nous avons cherché à démontrer précédemment que la nature des maladies ne pouvait être unique, qu'elle était multiple et variée. Cette proposition n'a été soutenue avec autant de chaleur que pour amener cette conclusion, que le même traitement ne pouvait être le même pour toutes, et que pour les maladies où il était inconnu il fallait se livrer à de nouvelles recherches. Parmi les affections qui offrent une nature particulière, il faut d'abord placer les irritations spéciales et spécifiques; elles comprennent la plupart des maladies de la peau, aiguës ou chroniques, et un assez grand nombre de maladies des membranes muqueuses, des synoviales, et peut-être des muscles. La plupart guérissent par le traitement antiphlogistique simple, ce qui ne prouve pas qu'il n'y a pas de spécificité, comme on a voulu le dire. La scarlatine, la rougeole, la variole et la vaccine, sont des inflammations incontestablement spécifiques et contagieuses. Nous réservons le nom de spéciales à celles qui, se présentant toujours avec un caractère constant, ne paraissent pas susceptibles de se transmettre par contagion : le zona, l'urticaire, la varicelle, etc., sont dans ce cas; elles guérissent aussi par le traitement antiphlogistique simple.

Parmi les phlegmasies chroniques de la peau, il en est plusieurs de spécifiques, telles que la gale, la teigne, etc., qui se transmettent évidemment par contagion, et qui exigent un traitement particulier.

Le traitement des maladies spécifiques (ou du moins admises comme telles par plusieurs médecins), telles que la coqueluche, le croup, etc., est encore peu avancé. M. Bretonneau en a proposé un pour cette dernière maladie (qu'il nomme diphthérite, ainsi que nous l'avons vu), dont nous ferons une mention spéciale. Quant à la dothinentérite,

jusqu'ici elle rentre dans le domaine de la pathologie générale.

La goutte a résisté jusqu'à ce jour aux ressources de l'art, et cependant il n'est aucune maladie contre laquelle on possède plus de remèdes soi-disant héroïques : il vaudrait mieux n'en avoir qu'un, et qu'il fût bon. Ceci doit encourager à se livrer à de nouvelles recherches.

L'hydrophobie, qui paraît être une névrose spécifique, malgré les assertions récentes de plusieurs auteurs, ne reconnait encore aucun traitement certain.

Nous en dirons autant du cancer, qui attaque et détruit tous les organes; mais ce n'est pas en déclarant que ces maladies sont des irritations simples qu'on parviendra à les guérir. Il faut faire de nouvelles recherches sur leur nature, et tenter de nouveaux moyens, si l'on veut parvenir à quelque résultat satisfaisant.

Quant au traitement de la syphilis, on nous affirme qu'elle guérit sans mercure : cela est possible dans certains cas, mais nous croyons plus prudent d'y avoir recours dans le plus grand nombre des circonstances.

Indépendamment des maladies spécifiques, qui vraisemblablement sont dues aussi à une disposition particulière des fluides de l'organisme, il en est un certain nombre d'autres qui paraissent dépendre plus évidemment d'une disposition de ce genre, et qui réclament aussi des moyens spéciaux. Le scorbut, la pléthore, l'anémie, ne doivent pas être traités de la même manière. Les typhus qui dépendent d'une cause toxique demandent aussi un traitement spécial; nous en dirons autant de la plupart des empoisonnements; les asphyxies doivent être traitées aussi par des moyens qui leur soient propres.

Les névroses, dont on ignore la cause organique, exigeraient aussi qu'on les traitât par des moyens spéciaux; mais l'ignorance où l'on est encore sur la plupart d'entre elles nous réduit à les traiter d'après les principes de la pathologie générale, et la méthode curative qui leur convient est encore dans l'enfance, ou, pour mieux dire, entièrement ignorée.

Les hémorrhagies réclament en général le traitement simple; cependant, comme elles diffèrent essentiellement entre elles, ce traitement ne saurait être le même pour toutes. Et, d'abord, l'hémorrhagie hypersténique sera efficacement combattue par le traitement débilitant plus ou moins rigoureux; l'hémorrhagie hyposthénique, scorbutique, demandera des moyens opposés; l'hémorrhagie neutre guérira par le bénéfice de la nature ou par quelques révulsifs simples; l'hémorrhagie supplémentaire réclamera un mode particulier de traitement; l'hémorrhagie symptomatique exigera que l'on traite la maladie principale; l'hémorrhagie critique devra être respectée, etc.

Ce que nous disons des hémorrhagies peut s'appliquer aux phlegmasies. Lorsqu'elles sont aiguës et simples, elles réclament le traitement antiphlogistique simple, et même plusieurs de celles qui sont spécifiques n'en exigent pas d'autre. On traitera donc ainsi les phlegmasies suivantes : l'érysipèle, la scarlatine, la rougeole, la variole, la vaccine, la varicelle, le zona, la miliaire, l'urticaire, le pemphigus, le phlegmon, la méningite, l'encéphalite, la myélite, la méningite rachidienne, l'ophthalmie, l'otite, le coryza, les aphthes, la glossite, le rhumatisme, la névrite, les angines, l'œsophagite, la gastrite, le pyrosis, la duodénite, l'entérite, la colite, la gastro-entérite, la péritonite, l'hépatite, la néphrite, la splénite, la cystite, la métrite, la bronchite, la pneumonie, la pleurésie, la péricardite, la cardite, les inflammations de l'urètre, du vagin non spécifiques, etc.; on pourra y joindre la polyæmie, les congestions sanguines, et beaucoup d'autres affections qui, n'étant pas inflammatoires, n'ont cependant pas de traitement particulier.

Mais les inflammations simples dont nous venons de faire mention exigent quelques modifications de traitement, suivant qu'elles sont primitives ou consécutives. Dans le dernier cas, il est évident qu'il faut combattre la maladie principale. Elles peuvent être accompagnées d'*hypersthénie*, et alors exiger l'emploi des moyens les plus actifs; d'hyposthénie, et vouloir des remèdes opposés aux précédents; enfin ne présenter ni l'un ni l'autre de ces caractères, et ne mériter qu'un traitement intermédiaire.

Nous ne devons pas terminer cet aperçu sur les indications fournies par la nature des maladies sans parler de l'altération plus ou moins prononcée des organes. Il est évident que le traitement devra varier suivant que la maladie a produit une lésion plus ou moins profonde.

Ce peu de mots doivent suffire pour faire reconnaître combien sont mal fondées les prétentions de ces médecins exclusifs qui ont voulu établir naguère qu'il n'existait qu'une seule et même maladie, et qu'il ne devait en conséquence y avoir qu'un seul et même traitement. Il ne pouvait y avoir que l'esprit de système, ou l'inattention et l'inexpérience, qui pussent faire admettre et propager de pareilles erreurs. Heureusement qu'elles sont aujourd'hui généralement abandonnées; il ne reste plus que quelques zélés partisans, qui, s'étant trop avancés pour reculer, se battent encore les flancs pour soutenir cette doctrine ruinée.

Du siége des maladies considéré comme indications thérapeutiques.

Le siége des maladies forme un des points capitaux de leur diagnostic, mais non le point unique. La nature de cette maladie, son intensité, ses périodes, sa marche, sont aussi des circonstances qui entrent dans le diagnostic; c'est en ce sens qu'il est rigoureux de dire que le traitement découle du diagnostic. Toutes ces circonstances sont utiles au traitement, mais non toutes au même degré. Le siége des maladies est peut-être de toutes les circonstances qui les accompagnent celle qui donne lieu aux exceptions thérapeutiques, aux indications particulières les plus nombreuses. Voilà pourquoi il est si utile de connaître le lieu que les maladies occupent. Il est d'ailleurs bien difficile sans cette connaissance de déterminer la nature du mal.

Lorsque la maladie est aiguë et récente, la première indication générale qu'on peut tirer du siége qu'elle affecte, c'est qu'il faut appliquer les moyens thérapeutiques le plus près possible du mal; la seconde, c'est que ces moyens doivent être d'autant plus actifs que l'organe affecté est plus essentiel à la vie. Ainsi, lorsque la maladie aiguë a son siége dans le cerveau, c'est dans son voisinage qu'il faut placer les moyens curatifs, c'est sur les parties qui agissent le plus promptement sur cet organe important. Voilà pourquoi, dans les congestions violentes, dans les phlegmasies intenses, dans les hémorrhagies très-actives, la saignée de la jugulaire est impérieusement commandée.

Dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire,

on doit saigner du bras, parce qu'aucune autre veine ne correspond au poumon d'une manière plus immédiate.

Voilà pourquoi aussi, dans toutes les inflammations viscérales, il est bien plus rationnel, bien plus anatomique, et par conséquent bien plus efficace de tirer du sang au moyen de la saignée générale que par le moyen des sangsues. On ne conçoit vraiment pas comment on a pu pendant quelque temps donner la préférence à ce dernier procédé. Comment n'a-t-on pas pensé que les sangsues ne pouvaient enlever que le sang des capillaires extérieurs, que ce sang devait être remplacé par celui de la circulation générale, et que ce n'était qu'ainsi, c'est-à-dire que bien secondairement, qu'on agissait sur l'organe profondément situé, ce qui pouvait donner le temps à la phlegmasie de faire des progrès funestes?

Les sangsues seront au contraire vraiment efficaces lorsque l'inflammation sera dans les parois des cavités, à la périphérie du corps; alors elles agissent d'une manière presque immédiate.

Si c'est la peau qui est enflammée, il peut y avoir quelque inconvénient à faire mordre les sangsues sur l'endroit même de l'inflammation; l'irritation que leur piqûre détermine peut non-seulement détruire le bon effet qu'on en espère en perpétuant l'inflammation, mais même en l'augmentant. L'expérience nous a prouvé qu'il valait mieux les appliquer dans le voisinage du mal.

Lorsque la maladie exige l'emploi des révulsifs, le siége de la maladie indique encore quel est l'endroit où il faut les appliquer.

On pense généralement que, dans les maladies de la tête, les révulsifs sont mieux appliqués aux jambes; cependant il est des médecins qui les mettent à la nuque, et d'autres même sur le crâne : l'expérience ni le raisonnement n'ont encore sanctionné ces diverses pratiques; chacun croit avoir de bonnes raisons de préférer la sienne.

Dans les affections thoraciques, on choisit fréquemment les bras pour appliquer les révulsifs; tandis que, dans les maladies abdominales, c'est sur la partie interne des cuisses que l'application s'en fait le plus ordinairement. Le siége des maladies ne dirige pas seulement dans l'emploi des saignées et des révulsifs, mais encore dans le choix des médicaments, de leur saveur, de leur température, et dans celui des topiques, etc.

Ainsi dans les maladies du thorax l'expérience a confirmé les avantages des gommeux, des mucilagineux, des adoucissants, des médicaments tièdes; dans celles de l'abdomen, les rafraîchissants, les acidules, les substances fraîches, paraissent convenir préférablement, etc.

On applique souvent la glace sur la tête dans le cas de congestion ou de phlegmasie de l'encéphale et de ses dépendances; rarement applique-t-on sur cette région des sinapismes ou des vésicants. Les vésicatoires, au contraire, se placent fréquemment sur la poitrine, et jamais la glace; on a conseillé ce dernier moyen dans quelques phlegmasies abdominales, mais je ne crois pas que cette application soit très-rationnelle, et je doute que l'expérience en ait justifié l'emploi.

Les inflammations du tissu cellulaire, des muscles et des organes sous-jacents, se traitent efficacement par les topiques émollients; ces moyens ne sont pas toujours utiles dans les phlegmasies aiguës de la peau. On a observé que les cataplasmes émollients étaient plus nuisibles qu'utiles dans l'érisipèle, le zona, la variole, etc.

Dans le zona, par exemple, il est arrivé qu'on a appliqué sur l'éruption un cataplasme qui ne la couvrait pas entièrement; eh bien, la partie non couverte guérissait avec promptitude, tandis que des ulcères profonds et interminables se formaient sur la région recouverte par l'épithème.

Il est indubitable que, parmi les substances médicamenteuses, il en est dont l'action se porte principalement sur un organe ou un système particulier; ces substances peuvent donc être réclamées par des maladies qui occupent ces organes ou ces systèmes : c'est ainsi que des diurétiques pourront être avantageux dans certaines maladies des voies urinaires; les substances qui agissent sur la membrane muqueuse des bronches, sur le principal organe de la circulation, sur l'estomac, sur la peau, etc., dans certaines maladies des poumons, du cœur, de l'estomac, de la peau, etc.

Si l'on descendait à l'examen de chaque maladie en particulier, on verrait d'une manière plus précise encore que le traitement exige des modifications pour chaque organe, et même quelquefois pour chaque partie d'organe; qu'enfin le traitement local varie pour chacun d'eux. Mais ce serait empiéter sur le domaine de la pathologie spéciale; nous y reviendrons sans doute en traitant des moyens thérapeutiques qui jouissent d'une action spéciale.

De la marche, de la durée et des périodes, etc., des maladies considérées comme indications thérapeutiques.

La marche des maladies est aiguë et chronique, continue, rémittente et intermittente. Nul doute que ces diverses formes des maladies n'exigent un mode particulier de traitement.

Une thérapeutique active est en général nécessaire dans les maladies aiguës. Toutes les fois qu'une affection menace le malade d'une mort prochaine, on ne saurait agir trop promptement. C'est alors qu'un coup d'œil rapide, une décision subite, deviennent nécessaires; c'est alors que toute hésitation peut devenir funeste, tout délai mortel. Un individu est-il frappé d'une hémorrhagie cérébrale, une saignée large, copieuse, faite sur-le-champ, peut suspendre un épanchement fatal; un accès de fièvre pernicieuse se déclare-t-il, gardez-vous d'attendre le second, et surtout n'attendez pas le troisième, pour administrer le traitement héroïque; bien souvent il ne serait plus temps, la mort aurait frappé sa victime.

La violence des symptômes, la rapidité de la marche de la maladie, doivent donc nécessairement influer sur le choix des moyens à mettre en usage, et principalement sur leur énergie. C'est sans doute alors qu'est applicable cet aphorisme du père de la médecine : *In extremis morbis extrema remedia.* En effet, si les symptômes se développent, croissent avec violence, c'est alors qu'on devra déployer une thérapeutique active, énergique. Des saignées copieuses et réitérées, locales et générales, l'abstinence la plus complète, tout l'appareil des révulsifs les plus puissants, devront sans retard être opposés à la maladie dont l'intensité menace le malade d'une mort prompte. On devra modérer ces moyens si la maladie se développe avec lenteur, et si sa marche ne fait naître aucune crainte pour un danger prochain.

Quoique le danger ne soit pas imminent, cependant, si les accidents présentent un certain degré d'insensité, toute médecine expectante doit être proscrite; elle peut favoriser la désorganisation des

viscères, l'établissement de maladies chroniques désormais au-dessus de toute ressource thérapeutique.

Pour tout médecin praticien, il ne peut être douteux que les périodes des maladies n'influent aussi sur le choix des moyens de traitement. Tout le monde peut avoir observé l'effet merveilleux des saignées dans le principe des inflammations. C'est à cette époque qu'elles font quelquefois disparaître comme par enchantement les phlegmasies qui s'annoncent avec le plus de violence. Dans la période d'*état*, la saignée peut être souvent nécessaire, souvent utile, mais elle ne produit jamais d'effets aussi remarquables que dans sa période d'accroissement. Lorsque la phlegmasie se termine par suppuration, bien que les symptômes fébriles persistent à un haut degré, il est rare que la saignée soit avantageuse; je ne l'ai jamais vue réussir dans ces circonstances. Hippocrate ne voulait pas qu'on saignât passé le septième jour : je crois que cette décision d'Hippocrate n'est pas sans exception; je crois que, si les symptômes l'exigeaient, il pourrait être permis de saigner encore passé cette époque, et même beaucoup plus tard; mais l'on ne peut s'empêcher de reconnaître ici le génie éminemment observateur de ce grand homme, auquel il n'avait pas échappé que ce moyen puissant échouait le plus souvent vers le déclin des maladies.

De nos jours on a méconnu la sagesse de ce précepte; les médecins soi-disant physiologistes ont saigné leurs malades sans égard pour les périodes de leurs affections; mais, hélas! l'expérience n'a pas confirmé leurs tentatives hasardeuses.

Si les émissions sanguines sont principalement utiles dans le commencement des maladies aiguës, si elles réussissent si peu vers leur déclin, il n'en est pas des même des révulsifs, soit sur la peau, soit sur les intestins; il n'en est pas de même des toniques et des excitants.

Il est fort peu des maladies dans lesquelles il soit nécessaire de recourir aux révulsifs dès leur invasion; cependant la congestion, l'hémorrhagie cérébrales, la syncope, l'asphyxie et quelques autres, peuvent être dans ce cas. Ordinairement, après avoir ôté une certaine quantité de sang dans quelques-unes de ces affections, on passe avec avantage aux révulsifs cutanés. On emploie quelquefois aussi les révulsifs sur les gros intestins; mais, dans les cas les plus communs, ce n'est que vers la fin des maladies, lorsque l'engorgement viscéral persiste, lorsque les forces du malade diminuent et font craindre que l'absorption ne soit pas assez active pour opérer la résolution, que l'on a recours aux révulsifs. Ce n'est aussi qu'à la même période, et après avoir employé le traitement débilitant, que les toniques deviennent efficaces. Il n'est donc pas douteux que les périodes des maladies ne doivent influer sur le choix des remèdes. Il n'est pas jusqu'aux moments du jour qui n'exercent aussi quelque influence sur l'administration des moyens thérapeutiques. On sait que les préparations opiacées, les narcotiques, doivent être donnés de préférence le soir, etc.

Dans les maladies aiguës et intenses, on ne saurait être trop sévère sur la diète. L'abstinence doit alors être rigoureuse, absolue. Hippocrate a composé un traité *ex professo* sur ce sujet. Ce n'était que vers la deuxième et la troisième période qu'il permettait quelques décoctions légèrement nutritives. Il faut imiter cette conduite sage. Nous verrons bientôt combien elle favorise la résolution des maladies.

Lorsque les maladies affectent la marche chronique, que leur durée menace de devenir illimitée, on ne saurait persister dans les mêmes moyens de traitement. Les agents thérapeutiques ne peuvent plus être aussi actifs. Les saignées ne doivent plus être aussi abondantes; les saignées locales, faibles, et répétées, suivant l'exigence des cas, doivent remplacer les saignées générales et copieuses; les révulsifs sont appliqués avec plus d'avantage et sans crainte de réaction; enfin la diète doit cesser d'être aussi rigoureuse. Seulement le médecin doit avoir soin de choisir, parmi les substances alimentaires, celles qui donnent une alimentation convenable à la nature de l'affection qu'il traite. Le traitement hygiénique étant ce qu'il y a de plus efficace dans la cure de ces maladies vraiment désespérantes, on ne saurait prescrire avec trop d'attention l'usage des différents modificateurs de l'organisme, dont l'hygiène compose son domaine. Non seulement il faut régler la quantité, la nature, la préparation des aliments et des boissons, mais indiquer l'air, le climat, l'habitation, les vêtements les plus convenables. Il faut aussi régler les excrétions de tous genres, l'exercice et le repos, le sommeil et la veille, les occupations de l'esprit, et même, s'il se peut, les affections morales; les plaisirs de l'amour méritent aussi toute notre sollicitude. Ce n'est que par un choix judicieux, un emploi méthodique et bien ordonné de tous ces moyens qu'on pourra suspendre la marche de ces maladies rebelles, et quelquefois les guérir.

La marche continue, rémittente et intermittente, influe tellement sur le choix des remèdes, qu'elle seule suffit pour faire recourir à des moyens énergiques, particuliers, spécifiques, pour tout dire en un mot.

Ce que nous avons dit jusqu'à présent s'applique en général aux maladies continues; celles dont le type est bien manifestement rémittent ou intermittent sortent de la classe ordinaire, et doivent être traitées d'une manière entièrement différente. Nous en parlerons avec quelque détail dans la prochaine division.

DEUXIÈME SECTION.

MODIFICATIONS QUE LES CIRCONSTANCES INDIVIDUELLES APPORTENT AU TRAITEMENT DES MALADIES.

Modifications que l'hérédité apporte dans le traitement des maladies.

Il est hors de contestation que certaines altérations profondes de l'organisme se transmettent par la voie de la génération, ainsi que les constitutions, les tempéraments, et sans doute de la même manière que les ressemblances des parents à leurs enfants. Ces états de l'organisme sont plus ou moins modifiés par le croisement des races; il en est qui augmentent, il en est qui diminuent en passant d'une génération à une autre. Ce serait révoquer en doute la puissance de l'hygiène, l'influence des agents physiques, que de nier qu'on ne puisse, dans bien des cas, diminuer et même neutraliser ces dispositions héréditaires. Mais c'est principalement pour la prophylaxie qu'il est utile de connaître les maladies dont les parents ont été affectés; cette connaissance peut être aussi fort utile dans les cas douteux de diagnostic, et pour reconnaître la nature d'une maladie qui commence; mais, hors ces cas, cette circonstance commémorative est de peu d'importance et change peu le traitement des maladies.

Lorsque chez un individu, né de parents affectés de maladies héréditaires, on pourra craindre le développement de la même affection, le médecin devra employer tous ses efforts pour s'opposer à ce développement. Les premières indications seront de soustraire cet individu à l'influence des causes qui peuvent développer cette affection : on le fera changer d'habitation, de climat, de régime, de profession, en choisissant une habitation, un climat, un régime, une profession opposés à ceux des parents, et surtout opposés au développement de la maladie redoutée.

Si les parents ont succombé à la phthisie pulmonaire, on devra craindre cette maladie dès que les enfants éprouveront quelque difficulté de respirer et une toux sèche un peu durable : dès lors on devra mettre en usage le régime lacté, la chaleur extérieure, les gommeux, les adoucissants, etc., sans attendre d'autres signes de cette terrible affection. Nous en dirons autant des cancers de l'estomac, de l'utérus, etc. L'apparition des plus légers symptômes devra être un ordre impérieux d'appliquer sur-le-champ les moyens les plus convenables, quoiqu'il ne soit pas certain que ces maladies soient héréditaires.

Les maladies susceptibles de se transmettre ainsi par hérédité sont nombreuses, moins cependant qu'on ne le croyait jadis. De nos jours on conteste à beaucoup d'entre elles cette funeste propriété. La phthisie pulmonaire, les tubercules en général, peut-être les cancers de la plupart des organes, le rachitis, les scrofules, la syphilis, la goutte et quelques autres, sont généralement regardés comme étant doués de cette déplorable faculté (1).

Modifications que l'âge apporte dans le traitement des maladies.

Les gens les plus étrangers à l'art savent qu'il est une thérapeutique pour chaque âge, et les médecins que dirigent les principes de la médecine organique savent que les moyens à employer doivent varier suivant la disposition des organes. Or cette disposition des organes varie principalement suivant les âges; cette disposition des organes relative aux âges les rend plus propres à être atteints de certaines affections, en même temps qu'elle leur donne l'aptitude à être plus ou moins influencés par certains agents physiques. C'est principalement à cette susceptibilité qu'il faut avoir égard dans le traitement des maladies, relativement aux âges.

L'ébauche encore imparfaite de l'homme naissant exige qu'on préserve avec soin l'enfant qui vient de naître de l'influence des agents extérieurs auxquels sa tendre organisation est soumise depuis si peu de temps; le froid, le chaud, la lumière vive, enfin tous les excitants extérieurs devront être tempérés autour de lui. Si l'enfant tombe malade dans les premiers jours de la vie, la médecine n'a guère de ressources à opposer à l'agent destructeur; elle est presque condamnée à rester spectatrice oisive de la lutte que la mort livre à la vie commençante. L'enfant ne peut prendre aucun médicament intérieur; d'ailleurs en est-il indiqué d'autre que le lait maternel? mais lorsque ce lait lui-même est la cause de la maladie de l'enfant, que faire, sinon enlever à sa mère le plus promptement possible le petit malheureux qui va recevoir la mort de celle dont il vient de recevoir la vie? On a conseillé de faire prendre à la nourrice les médicaments indiqués; il est rare qu'on soit obligé de recourir à ces moyens, et surtout qu'ils soient efficaces. Des bains, des lotions, des cataplasmes, des onctions, quelques révulsifs, mais seulement dans les cas bien urgents (car les douleurs qu'ils déterminent peuvent faire naître des convulsions, et précipiter le terme fatal) : telles sont les faibles ressources qu'on possède contre les maladies du premier âge. Lorsque l'enfant est fortement constitué, que la maladie est évidemment inflammatoire, on pourrait employer une ou deux sangsues avec avantage. L'activité des moyens à mettre en usage doit augmenter avec l'âge et les forces, et lorsque l'adolescence se déclare, les règles de la pathologie générale lui deviennent alors applicables, avec de légères modifications. Dans la période brillante de l'adolescence et de la jeunesse, l'homme, plein de force et d'énergie, est frappé de maladies aiguës, actives, violentes, qui exigent l'emploi de moyens énergiques et prompts. Les saignées copieuses sont alors indiquées; enfin les moyens antiphlogistiques sont ordinairement couronnés de succès. Les jeunes gens supportent difficilement la diète, a dit Hippocrate, ce qui n'empêche pas qu'on ne doive les soumettre à une abstinence sévère, et qui doit les faire surveiller rigoureusement pendant la convalescence, si l'on veut éviter des rechutes mortelles.

Les mutations profondes que les progrès de l'âge déterminent dans l'organisme, impriment aux maladies une telle différence, que nous ne balançons pas à dire que la thérapeutique des vieillards est entièrement différente de celle des autres âges, et et qu'elle doit former une étude pour ainsi dire spéciale.

Presque toutes les phlegmasies qui se développent dans la vieillesse sont en quelque sorte mécaniques; elles sont consécutives des obstacles que le phosphate calcaire, accumulé dans les gros vaisseaux, apporte à la circulation. Ces phlegmasies peuvent présenter, et présentent en effet, des phénomènes locaux organiques et fonctionnels plus prononcés que chez les jeunes sujets, et cela se conçoit parfaitement : conclura-t-on qu'il faut les traiter de la même manière? Oh! non, certes, si l'on ne veut pas s'exposer à recevoir de la part de la nature de cruels démentis.

Dans un âge avancé, il est incontestable que tous les organes sont plus ou moins usés; que l'appareil de l'innervation, sensiblement altéré par l'usage, par les seuls progrès des ans, remplit péniblement ses fonctions; que l'hématose se fait avec lenteur; et, pour ne parler que de ces deux sources d'énergie, de réparation, tous les organes auxquels elles vont porter la vie ne doivent-ils pas se ressentir de leur altération? Tout l'organisme languit donc dans un état de véritable décomposition. Nous n'ignorons pas qu'il est des vieillards bien conservés, pleins de vigueur et d'alacrité; mais ces individus exceptionnels ne doivent pas être considérés comme des vieillards. Les cas les plus ordinaires, et l'on peut s'en assurer dans les salles de notre hospice, sont ceux que nous venons d'exposer. Dans cet état de choses, nous le répétons, devra-t-on les traiter comme les jeunes sujets?

Les pneumonies, les gastro-entérites *mécaniques*, produisent des altérations d'organes bien autrement profondes que les mêmes maladies idiopathiques. Les artères, étant souvent ossifiées et superficielles, donnent des pulsations plus dures que chez les jeunes sujets. Le médecin peu expérimenté ou le mé-

(1) Voyez Considérations sur la nature et sur le traitement des maladies de famille et héréditaires, par A. Portal; Paris, 1814; et le Mémoire de M. Petit sur les maladies héréditaires.

decin *physiologiste* pourront prendre ces phénomènes pour la preuve irrécusable d'une phlegmasie violente avec réaction puissante, et traiteront en conséquence : les progrès rapides du mal et la mort du malade les désabuseront trop tard; heureux encore s'ils sont désabusés, et s'ils ne persistent pas, l'un dans son ignorance, et l'autre dans son fatal système !

Telle ne sera pas la conduite de celui que dirigera la médecine organique : il conclura de l'âge du malade qu'il faut être économe du sang des vieillards; que des révulsifs sont souvent utiles; que dans certains cas il convient même de passer aux toniques et aux excitants; enfin, que jamais leurs phlegmasies consécutives ne peuvent être traitées comme des phlegmasies primitives, et qu'une constitution détériorée par l'âge n'offre pas les mêmes ressources que celle qui se trouve dans toute sa vigueur, dans tout son éclat.

Modifications que la constitution apporte dans le traitement des maladies.

Nous avons attribué, dans notre Hygiène (1), les constitutions, les tempéraments, à la prédominance de divers appareils; nous avons décrit les signes qui caractérisaient ces diverses prédominances, et fait connaître sommairement les maladies auxquelles elles exposaient. Dans le second volume du même ouvrage, nous avons parlé des moyens les plus convenables de s'opposer à cette prédominance, de la modifier, de la détruire même.

Lorsque les maladies frappent des individus diversement constitués, faut-il les traiter par les mêmes moyens ? Nous ne le pensons pas.

Dans la constitution où domineront les appareils de la circulation et de la respiration, on devra généralement avoir recours à un traitement antiphlogistique plus rigoureux que dans les autres. Les saignées générales et locales, larges, abondantes et fréquemment répétées, pourront devenir nécessaires. Chez ces individus, l'abstinence absolue, les boissons aqueuses seront recommandées. Sous l'influence de ce traitement leurs maladies, en général hypersthéniques, se termineront par une résolution prompte et facile. Chez eux, toutes les fonctions s'exécutent avec aisance, avec énergie; l'absorption, qui opère la résolution des maladies, partageant l'activité générale, doit agir aussi avec plus de facilité que dans les autres constitutions : c'est ce que l'expérience confirme.

Lorsque le sujet frappé de maladie est doué de la prédominance de l'appareil digestif, les émissions sanguines peuvent être nécessitées par l'intensité des phénomènes morbides, mais elles conviennent moins d'une manière générale. L'abstinence, les boissons acidules et délayantes, vers la fin des maladies, des laxatifs, et, dans la convalescence, le régime rafraîchissant et peu réparateur, tels sont les moyens indiqués par cette constitution.

Ceux que distinguera la prédominance de l'appareil de l'innervation mériteront la plus grande attention du médecin. Une excessive sensibilité les rend plus susceptibles de l'impression de tous les agents thérapeutiques ou autres. On devra donc en général traiter ces malades comme les enfants, par des fractions très-petites de médicaments. A de très-légères doses les substances médicamenteuses produisent chez eux les effets les plus prononcés : un quart de grain d'opium peut occasionner le narcotisme.

(1) Cours élémentaire d'hygiène, par Léon Rostan, tome Ier.

Les bains, les calmants, les délayants, leur seront très-convenables; mais leur constitution ne se développant en général qu'au détriment des autres systèmes et appareils, il faut être chez eux très-sobre d'émissions sanguines. Lorsque leurs maladies les exigent, il faut préférer les saignées locales aux saignées générales, les faire peu abondantes, et y revenir pour ainsi dire à plusieurs reprises.

Leur excessive irritabilité contre-indique souvent aussi les révulsifs, si utiles dans quelques circonstances. Baglivi avait déjà remarqué (*de usu et abusu vesicantium*) que les vésicatoires, par la douleur et l'irritation qu'ils causaient chez les personnes nerveuses, augmentaient souvent les accidents au lieu de les diminuer. Cette observation se confirme très-souvent : néanmoins, si une révulsion était jugée bien nécessaire, nous pensons qu'on devrait la tenter, malgré les inconvénients que nous venons de signaler.

Il est des individus chez lesquels domine l'appareil lymphatique et dont tout l'organisme parait d'ailleurs languir dans l'atonie. Il nous semble incontestable que cette constitution réclame d'autres moyens thérapeutiques que celle que distinguent le système circulatoire et l'énergie de l'organisme entier. Chez eux, en effet, les amers, les toniques, les excitants, si rarement utiles et si souvent funestes aux autres constitutions, seront fréquemment indiqués, principalement dans leurs maladies chroniques, et lorsque la réaction des maladies aiguës sera dissipée, etc.

Modifications que le sexe apporte dans le traitement des maladies.

Les fonctions des organes de la génération chez la femme fournissent, ainsi que nous l'avons vu récemment, une multitude d'indications précieuses; nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit à cet égard. Le moment de l'apparition et de la disparition des menstrues, cause naturelle de polyæmie, peut indiquer la nécessité de faire perdre du sang aux malades lorsqu'elles sont frappées de quelque affection aiguë, ou avec symptômes de pléthore et d'hypersthénie. Mais dans le premier cas, c'est-à-dire dans la dysménorrhée de la puberté, il faut favoriser en même temps l'écoulement menstruel, en pratiquant les saignées aux parties génitales, et en secondant leur action par des révulsifs convenables; tandis que dans le second, c'est-à-dire à la disparition des menstrues, les saignées du bras nous paraissent mieux indiquées pour seconder le dessein de la nature, qui alors est d'interrompre cet écoulement périodique.

L'état de grossesse n'est point stérile en indications thérapeutiques; dans cet état, tous les moyens qui peuvent déterminer l'afflux du sang vers l'utérus sont dangereux, peuvent provoquer l'avortement et occasionner la mort de la femme. On s'abstiendra des saignées locales, des révulsifs sur les membres inférieurs, des purgatifs. La privation de ces moyens rend souvent très-difficile la thérapeutique des femmes enceintes; le médecin doit employer tout son art à pouvoir s'en passer.

Modifications que les forces individuelles apportent dans le traitement des maladies.

Un grand nombre des considérations auxquelles nous nous sommes livré dans cette dernière partie de notre ouvrage tendent à prouver que le traitement des maladies doit varier suivant les forces in-

dividuelles; mais ce point de thérapeutique est d'une si haute importance et d'une telle difficulté, que nous devons nous y arrêter encore.

On ne peut nier qu'il n'existe entre les divers individus une somme variable de forces : les uns sont forts, très-forts même; les autres sont moins forts, ils sont même faibles. La conséquence à tirer de cette proposition est qu'on ne doit pas traiter de la même manière l'individu fort et l'individu faible. Il faut avoir vécu dans le temps où nous vivons pour avoir entendu soutenir que le sujet fort et le sujet faible devaient être soumis au même traitement.

Il est des individus, et c'est le plus grand nombre, qui ne sont précisément ni forts ni faibles, et chez lesquels un traitement moyen sera convenable.

Maintenant, quels sont les caractères de la force d'un individu? Celui dont les muscles vigoureux pourront produire de violents efforts sera-t-il un individu fort, dans le sens que nous le prenons ici? Nous avons ailleurs traité cette question, et nous l'avons résolue par la négative. En effet, ce qui constitue la force, dans le sens thérapeutique, ne peut pas être le développement exclusif d'un système. La prédominance du système locomoteur ne peut constituer la force à elle toute seule; ce qui le prouve, c'est que les athlètes et les forts de la halle ne soutiennent pas long-temps le traitement débilitant, ils tombent promptement dans une véritable prostration.

La force, dans le sens que nous l'entendons, sera donnée par le développement de tous les organes et l'énergie proportionnée de toutes les fonctions. Ainsi l'individu fort sera doué d'une stature au-dessus de l'ordinaire; ses cavités seront larges et développées, ses chairs fermes et colorées; les traits de la face seront prononcés, la coloration vermeille et animée, les membres volumineux. A cet appareil extérieur correspondra l'énergie de tous les actes organiques : la circulation sera libre et forte, la respiration grande et facile, la digestion rapide, la contractilité énergique, le sommeil profond et réparateur, les besoins vénériens impérieux, etc. Ces individus sont en général soumis à un régime fortement réparateur.

Le sujet faible se reconnaîtra à des caractères opposés; stature petite et grêle; cavités étroites, molles, flasques, pâles, décolorées; traits rabougris, grippés; face pâle, jaunâtre, livide; membres minces et décharnés; toutes les fonctions languiront dans une profonde inertie.

Cet individu aura presque toujours été soumis à un régime peu nutritif, à des pertes abondantes et réitérées de toute espèce, de sang, de pus, de sperme, etc.; il aura éprouvé des besoins, des fatigues, etc.; enfin il aura été soumis à des causes débilitantes de toute sorte.

Le premier sera le prototype de la force; le second sera celui de la faiblesse. Jusqu'ici il n'est rien qu'on ne juge, qu'on n'apprécie facilement : s'il survient une maladie chez le premier individu, on déploiera tout l'appareil des moyens débilitants; si elle se développe chez le second, on s'abstiendra de ces mêmes moyens; on pourra même, suivant les cas, nourrir le malade, enfin mettre en usage des toniques, des excitants, des révulsifs, etc.

Mais il s'en faut que la force et la faiblesse soient toujours aussi bien tranchées. Il existe, et c'est là le point le plus délicat et le plus difficile de la thérapeutique; il existe, dis-je, une force réelle et une force apparente; il existe une faiblesse réelle, une faiblesse apparente : comment distinguer ces cas?

D'abord, la force ne peut être apparente que chez un sujet avancé en âge, par exemple, et chez lequel la force, la dureté des pulsations artérielles et l'intensité des autres phénomènes fonctionnels déterminées par la cause que nous avons signalée récemment, pourraient faire croire à l'évidence d'un développement surnaturel d'énergie; mais l'examen attentif de l'organisation générale, la circonstance de l'âge du sujet, et la connaissance des phénomènes dont nous parlons, devront faire éviter toute méprise.

La distinction de la faiblesse réelle et de la faiblesse apparente est plus difficile. Il est indubitable que la concentration des forces vers un organe malade ne puisse en imposer souvent, et n'en ait véritablement souvent imposé pour une faiblesse réelle. Eh bien! si quelques-uns des signes d'hyposthénie que nous avons précédemment récapitulés se rencontrent chez un sujet jeune, bien constitué, dans la première période d'une inflammation qui n'aura pas été combattue par des antiphlogistiques et des débilitants, il sera incontestable que la faiblesse n'est qu'apparente, et qu'il faut combattre cet état par les affaiblissants. On voit alors ordinairement les forces se relever, le pouls reprendre de la vigueur, la peau devenir chaude, la respiration facile, la face se raminer, etc. Si les signes d'hyposthénie surviennent vers le déclin d'une maladie aiguë traitée par des antiphlogistiques énergiques et répétés, chez un sujet faible d'ailleurs ou avancé en âge, ces signes exprimeront une faiblesse réelle, exigeront qu'on renonce aux moyens employés, et qu'on ait recours à des moyens différents ou même contraires : c'est alors que les toniques, les excitants et les révulsifs réussissent d'une manière inespérée.

La pratique de la médecine présente néanmoins sous ce rapport des cas vraiment douteux : la sagacité du médecin, l'exercice, le coup d'œil, pourront seuls le guider dans ces conjonctures épineuses, où son jugement peut décider de la vie ou de la mort de son semblable. C'est pour apprendre à discerner ces cas que l'interrogation de la nature au lit du malade, que les cours de clinique sont indispensables.

Modifications que les idiosyncrasies apportent dans le traitement des maladies.

Nous ne pensons pas qu'on puisse élever les moindres doutes sur les différences sans nombre qu'on trouve chez les divers individus de l'espèce humaine; et si l'on n'en rencontre pas deux qui se ressemblent par les apparences extérieures, on n'en rencontre pas non plus qui se ressemblent par l'organisation intérieure : de là sans contredit cette diversité de goûts et de répugnances, de sympathies et d'antipathies, qui caractérise la plupart des hommes.

La connaissance de ces goûts et de ces antipathies est très-utile au médecin, d'abord pour son malade, en second lieu pour lui-même, pour sa propre réputation. Les gens du monde tiennent singulièrement à ce qu'on connaisse ce qu'ils appellent leur *tempérament*, et en effet cette connaissance peut fournir quelques indications utiles.

Il faut connaître les goûts ou les répugnances des malades pour certains aliments, certaines boissons, certains médicaments : le choix du médecin sera dirigé d'après ces données; il ne peut guère s'en écarter sans danger, ou du moins sans incon-

véniens. Mais ces goûts, ces répugnances, sont innombrables et ne peuvent pas être détaillés ici.

Il faut qu'il sache quelle est la force, la fréquence naturelle du pouls, afin de ne pas tirer de ses caractères physiologiques de fausses indications. Il est des personnes qui ont le pouls naturellement très-lent, d'autres très-vite, d'autres irrégulier, etc.; de même pour les battements du cœur, pour la respiration, etc.

Ce sont surtout les goûts et les antipathies intellectuelles et morales qu'il est souvent d'une haute importance de connaître pour les diriger convenablement. Enfin les sens ont aussi leurs goûts et leurs répugnances : tel abhorre le parfum de la rose, tel autre savoure le goût de l'assa-fœtida, etc., etc. C'est dans ce chapitre que l'intelligence, la sagacité du médecin peut se déployer tout entière.

Modifications que les habitudes apportent dans le traitement des maladies.

M. le professeur Chomel a lu, il y a plusieurs années, à la société de médecine établie dans le sein de la faculté de Paris, un mémoire fort intéressant sur l'influence de l'habitude dans le traitement des maladies. Il y démontre parfaitement bien qu'on doit avoir égard aux habitudes des malades, principalement dans ce qui regarde leur régime alimentaire et la prescription de la diète. L'observation qui sert de point de départ à ses conclusions est un homme adonné au vin et à l'eau-de-vie, et auquel on crut devoir permettre, durant le cours d'une maladie aiguë, une certaine quantité de ces liqueurs : le malade guérit parfaitement. Si donc on rencontrait dans la pratique des cas analogues, nul doute qu'il ne fallût se conformer à ce prudent exemple; une abstinence absolue aurait sans doute tué le malade. C'est ainsi que les médecins russes permettent à leurs malades une certaine dose d'eau-de-vie dans leurs maladies les plus aiguës; ce qui non seulement n'empêche pas leur guérison, mais concourt sans doute à l'obtenir, puisque nous avons vu les mêmes malades succomber entre les mains des médecins français, qui les soumettaient à une diète trop rigoureuse.

Mais il ne faut pas seulement avoir égard aux habitudes de l'estomac et des intestins, il faut encore ne pas oublier que des actes fréquemment réitérés par tous les organes modifient tellement leur manière d'être, qu'ils ne peuvent plus, sans un danger extrême, se soustraire à ces agents extra-naturels. C'est ainsi que l'on cite l'exemple de condamnés qui, retirés des cachots où ils gémissaient depuis un grand nombre d'années, ont été frappés de maladies graves, dont ils n'ont été guéris qu'étant replongés dans leur affreuse prison. Il est indubitable qu'une habitude, même mauvaise, changée pour une bonne, ne puisse devenir funeste : il faut s'y prendre avec les plus grands ménagements.

Ce qu'il importe peut-être le plus à considérer dans ce genre pour le médecin, ce sont les médications habituelles, les saignées, les purgatifs, les exutoires, etc. Ces circonstances nous fournissent de précieuses indications de traitement, ainsi que nous l'avons vu déjà. Nous ne devons pas oublier non plus les maladies habituelles, parce que les moyens employés dans leur curation, les effets dont ces moyens ont été suivis, peuvent nous donner des lumières sur le choix que nous avons à faire.

Une des choses les plus importantes aussi à considérer dans l'influence de l'habitude, relativement à la thérapeutique, c'est la faculté qu'elle donne de résister à l'action des médicaments même les plus énergiques. Nous ne citerons pas ici l'exemple si souvent répété et si peu certain de Mithridate, tellement accoutumé, dit-on, à l'effet de tous les poisons, que, voulant se dérober aux Romains par la mort, il ne put en trouver un seul qui remplît son attente, et fut obligé d'avoir recours à son épée; mais nous dirons ce que la pratique journalière confirme, que l'action des médicaments diminue par l'usage, et que, lorsqu'on veut soutenir longtemps la même médication, il est quelques précautions à prendre : d'abord, on en augmente graduellement la dose; en second lieu, on interrompt le traitement pendant quelques jours, pour le reprendre ensuite à des doses plus faibles, qu'on accroît de nouveau d'une manière successive; enfin on cherche à remplacer un médicament par un autre à peu près doué des mêmes propriétés.

TROISIÈME SECTION.

MODIFICATIONS QUE LES CIRCONSTANCES ACCESSOIRES APPORTENT AU TRAITEMENT DES MALADIES.

Modifications que l'air et les saisons apportent dans le traitement des maladies.

S'il est incontestable que les qualités de l'air exercent de l'influence sur l'organisme dans l'état sain, qu'elles peuvent le modifier, l'altérer, il demeurera incontestable qu'il pourra, à plus forte raison, en exercer dans l'état de maladie. La conséquence à tirer de ces propositions est qu'il faut soustraire le malade à l'action nuisible de l'air. On peut y parvenir de deux manières : 1°, en déplaçant le malade; 2°, en corrigeant les qualités malfaisantes de l'air.

Ce n'est guère qu'en le déplaçant, en le faisant changer de pays, qu'on peut soustraire un malade à l'influence de l'air; ce ne peut donc être que dans les maladies de long cours, et lorsque l'air jouit long-temps des mêmes propriétés, qu'on peut remplir cette indication. Lors donc que certaines qualités de l'air paraîtront agir comme causes prédisposantes, ou dans le sens d'une prédisposition déjà existante, il faudra changer le malade de climat. On a bien souvent arrêté de la sorte des maladies organiques portées à un très-haut degré, et menaçant même les malades d'une mort prochaine.

Lorsque l'air a simplement agi comme cause occasionnelle, en passant, il existe peu d'indications à remplir. Néanmoins, si le froid intense a déterminé une pneumonie, une pleurésie, un rhumatisme, la raison veut qu'on élève jusqu'à un certain degré la température des chambres des malades. Il faut ordinairement 15 degrés au-dessus de zéro (Réaumur) dans leurs appartements; mais cette règle est surtout indispensable pour les affections thoraciques aiguës ou chroniques, pour le rhumatisme, la goutte, la syphilis et quelques autres. Pour les maladies de l'encéphale, au contraire, une température fraîche est plus convenable.

Lorsque la chaleur vive a produit une maladie, il serait à désirer qu'on pût placer le malade dans un endroit frais. Malheureusement il est beaucoup plus difficile d'abaisser la température que de l'élever. Dans ce cas, on placera le malade du côté du nord, dans un appartement vaste, et dans lequel on ne permettra pas accès à la lumière. On pourra y placer des branches de végétaux couvertes de

feuilles et imbibées d'eau, dont l'évaporation absorbera une certaine quantité de calorique.

Hippocrate avait observé que le traitement des maladies elles-mêmes devait différer suivant les saisons. L'abstinence lui paraissait plus facile à supporter en été qu'en hiver. Il est encore vrai de dire que l'hiver et le printemps sont plus fertiles en maladies inflammatoires, et dont le caractère exige les émissions sanguines. Ces indications fournies par les saisons le sont également par l'air chaud et par l'air froid.

L'électricité répandue dans l'atmosphère est encore trop mal appréciée dans son action sur l'homme pour qu'on puisse donner, dans l'état actuel de la science, aucun précepte utile. Il n'en est pas de même de la lumière : son éclat est nuisible dans les affections aiguës du cerveau, dans quelques affections nerveuses chroniques, et dans les maladies aiguës des yeux. Il est en général avantageux, dans toutes les maladies avec excitation, de tenir le malade dans l'obscurité ou du moins dans un demi-jour. Le son offre les mêmes indications. Le silence est très-propice aux malades, mais surtout dans l'encéphalite, la méningite, la congestion, la manie avec excitation, l'hypocondrie, et dans les maladies aiguës de l'oreille.

Modifications que le climat apporte dans le traitement des maladies.

Les considérations auxquelles nous venons de nous livrer doivent faire pressentir ce qu'il nous reste à dire des climats. Comme causes prédisposantes, il n'est peut-être aucune circonstance qui agisse d'une manière plus certaine. On sait que les peuples entiers qui habitent certaines régions du globe sont en proie à des maladies identiques. Aussi a-t-on fait des traités spéciaux sur les maladies considérées sous le rapport des climats où elles se montrent. C'est ainsi qu'on a publié des écrits sur les maladies des pays chauds, etc. La fièvre jaune est endémique en Amérique; la peste, en Turquie et en Egypte, etc. Les tubercules pulmonaires sont excessivement nombreux dans les pays froids et humides, etc. Toutes ces circonstances sont loin d'être indifférentes pour le traitement des maladies. Non-seulement elles exigent des moyens prophylactiques particuliers, mais elles font varier le traitement. Ainsi telle maladie, qui, dans un pays, guérit par certains moyens, ne guérit pas par ces mêmes moyens dans un autre pays, et en exige d'une autre nature. Tout le monde sait, par exemple, que la syphilis guérit dans les pays chauds, par la seule influence de la chaleur, tandis que, dans nos climats, elle produit les plus affreux ravages lorsqu'elle est abandonnée à elle-même.

L'action des climats rendant les constitutions plus robustes ou plus faibles, plus sensibles ou moins irritables, il est évident que le traitement des maladies devra varier encore sous ces divers rapports. Les calmants, les adoucissants seront nécessaires chez les peuples irritables; les émissions sanguines chez ceux que distingueront la prédominance de l'appareil circulatoire, etc. Les climats pouvant être considérés comme des saisons prolongées, on devra leur appliquer les règles qui conviennent à celles-ci. Les climats froids produisant à peu près les mêmes effets que les hivers, les climats chauds que les étés, etc., réclameront les moyens qui conviennent dans ces saisons. Il en sera d'ailleurs des climats moyens comme des saisons intermédiaires.

Modifications que les localités apportent dans le traitement des maladies.

L'habitation et les localités ne sont pas moins fécondes en influences salutaires ou nuisibles sur l'organisme que les circonstances précédentes, et par conséquent non moins fécondes en indications thérapeutiques.

L'habitation dans les pays bas et humides, sur les bords des marais et des étangs, où des matières végétales et animales, laissées à découvert par la retraite des eaux, entrent en décomposition par l'effet de la chaleur, occasionne des fièvres intermittentes simples ou pernicieuses, et souvent le typhus d'Amérique. Il est évident que cette cause sans cesse agissante doit rendre vaine la vertu des traitements les mieux combinés, et occasionner la perte d'un grand nombre de malades; il est évident aussi que soustraire les malades à l'influence de ces causes délétères est le moyen le plus efficace de salut. S'il est impossible de le mettre en usage, on concevra qu'il pourra devenir nécessaire de recourir à des médicaments bien plus énergiques que dans les cas ordinaires, pour lutter contre l'action incessamment reproduite de l'agent morbifique. Des doses considérables de quinquina ou de ses préparations devront alors être mises en usage, hélas ! et le seront souvent infructueusement. J'ai observé un fait assez singulier de localité pour qu'il trouve ici sa place. Dans le coin d'une salle basse, obscure, humide, dans le voisinage de latrines, j'avais remarqué que plusieurs malades avaient offert successivement des fièvres intermittentes; le quinquina modifiait les accès sans les arrêter complétement; et si l'on venait à discontinuer son emploi, ces accès se reproduisaient avec une nouvelle intensité; ces maladies présentaient, en un mot, un caractère singulier de durée, d'opiniâtreté. Je fus long-temps sans en découvrir la véritable cause. Croyant un jour que les localités pouvaient n'être pas sans influence sur ce phénomène, je fis monter le malade dans une salle supérieure, où l'air et la lumière circulaient librement et avec abondance : les accès ne reparurent plus. Une autre fois la même observation se reproduisit. Je ne fus pas tenté de recommencer une troisième expérience. Des réparations importantes exécutées dans cette salle basse ont entièrement fait disparaître et la cause et les effets.

Ce n'est pas sans une vive surprise, et j'ajouterai sans un scepticisme des plus forts, que j'ai lu le résultat des recherches statistiques ordonnées par le préfet de la Seine, où l'on avance que la mortalité n'est pas plus considérable dans les rues basses et étroites, populeuses, humides, mal éclairées, etc., que dans les quartiers où règnent l'aisance et la propreté, où les rues sont larges, bien éclairées, où les maisons sont spacieuses, les individus en général à l'abri de la misère et de la faim, etc. Certes ici les chiffres sont trop en opposition avec le simple sens commun pour ne pas croire qu'il ne se soit glissé quelque erreur grave dans ces calculs. Il faut d'autant plus se défier de cette manière de procéder, qu'elle est en apparence plus sûre et plus incontestable. On nous prouve, par exemple, que, sur une population d'un certain nombre d'individus où règne l'ignorance, la mortalité est beaucoup plus grande que chez le même nombre où règne l'instruction : c'est très-bien de prouver cela; l'on en tire la conclusion qu'il vaut mieux être instruit, et nous le croyons aussi; mais comment ne pas remarquer en même temps que ces individus plus ignorants sont aussi plus pauvres, qu'ils sont adonnés à des

travaux plus pénibles, qu'ils manquent des objets de première nécessité, qu'ils sont mal soignés dans leurs maladies? etc., etc. C'est cette manière vicieuse de raisonner, qu'on n'aperçoit pas d'abord, qui, dans certains rapports de statistique, donne lieu à des conséquences si singulières, et auxquelles on ne devait pas s'attendre par les simples lumières du sens commun.

Malgré ces rapports, nous persistons à croire qu'on se porte mieux, qu'on est moins souvent malade *dans des lieux* bien aérés, vivifiés par l'air, par la lumière, par le carolique, enfin qui réunissent toutes les conditions de l'hygiène, que dans des localités viciées par les qualités contraires.

Des moyens particuliers de traitement pourront devenir nécessaires suivant les localités. Là où l'humidité froide aura développé les scrofules, le rachitisme, etc., des amers, un régime succulent, des vins généreux pourront devenir utiles. Là où des dispositions inverses favoriseront les phlegmasies aigues, l'abstinence, les délayants, les antiphlogistiques seront plus particulièrement indiqués.

Cette influence des localités s'est fait sentir principalement dans des villes soumises à des épidémies. Les lieux bas et obscurs étaient souvent en proie à toute la férocité de la maladie, tandis que les quartiers élevés en étaient exempts; et *vice versa*, suivant le caractère de l'épidémie, les quartiers exposés à certains vents en étaient aussi quelquefois plus particulièrement frappés.

L'on doit conclure de tout ceci que les localités doivent exercer beaucoup d'influence dans les maladies, et qu'on doit saisir les indications qu'elles fournissent dans leur traitement.

—

DEUXIÈME DIVISION.

DES PRINCIPALES MÉDICATIONS.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Maintenant que nous avons apprécié avec rigueur et précision toutes les circonstances qui peuvent modifier le traitement des maladies, maintenant que nous connaissons toutes les indications qu'elles peuvent présenter, voyons quels sont les moyens que la nature a mis en nos mains pour guérir les maux auxquels l'homme est exposé, ou du moins pour les soulager.

L'ignorance, la superstition, la cupidité et le charlatanisme ont décoré de vertus mensongères une multitude d'agents naturels; le désir de guérir, la crédulité, l'amour du merveilleux, ont fait accueillir avec avidité et conserver religieusement toutes les erreurs et les fourberies du moyen âge. Telles sont les malheureuses dispositions de l'esprit humain qui se sont opposées jusqu'ici à ce que le sens commun pénétrât dans la thérapeutique. Les médecins à vue courte s'imaginent être d'autant plus savants et plus habiles qu'ils connaissent un plus grand nombre de formules pour une maladie. Ils ne savent pas que l'habileté consiste dans l'*à-propos*, dans l'*opportunité*, et qu'il est bien plus sûr de traiter et de guérir une maladie grave avec des moyens simples qu'avec une multitude de remèdes. Lorsqu'il vous est si difficile d'apprécier l'effet d'une seule substance ou d'une seule circonstance sur l'organisme, comment pouvez-vous penser, agir avec certitude lorsque vous en prescrivez un grand nombre, et surtout si vous les employez simultanément? De plus, ces substances exercent sur l'organisme une influence identique; elles s'entr'aident, ou bien elles exercent une influence différente ou contraire, elles se nuisent : dans le premier cas, quelle nécessité y a-t-il d'en ordonner plusieurs? et dans le second, à quoi bon administrer ce composé? Ne vaudrait-il pas mieux ne rien faire ou ne prescrire qu'un médicament simple, doué des qualités que vous prétendez donner à votre mélange incohérent? Les gens du monde s'imaginent difficilement qu'on puisse les traiter et les guérir avec un petit nombre de moyens; ils ne peuvent croire qu'il y ait quelque habileté à faire beaucoup avec peu. Ils ne se croient pas bien traités si leur médecin ne leur a pas prodigué un grand nombre de remèdes; ils mesurent sont mérite sur le nombre de drogues qu'il leur prescrit. Celui-ci, disent-ils, me fait quelque chose, il m'ordonne beaucoup de médicaments; il y a donc bien plus de chances de guérison, il est vraisemblable que je guérirai; celui-là ne me fait rien, comment puis-je guérir? ou bien je n'ai pas besoin de lui, j'en ferai bien autant, etc. Comment exiger que le vulgaire des médecins résiste et à ses propres dispositions, et aux dispositions du public si conformes aux siennes?

Pour nous, la perfection de la thérapeutique consiste dans l'exacte appréciation des effets qu'un certain nombre d'agents produisent sur l'organisme, dans l'appréciation exacte des cas où ces effets peuvent devenir utiles.

Toutefois le nombre des agents naturels qui exercent une influence quelconque sur l'organisme est infini. Il est peu de corps en effet qui ne puissent le modifier. Lorsque l'homme est dans l'état sain, il est des agents qui peuvent le faire devenir malade. Non seulement les agents physiques extérieurs possèdent cette faculté, mais encore les actes des organes eux-mêmes peuvent produire de semblables modifications. Ces modifications peuvent être telles que l'organisme cesse de pouvoir agir régulièrement; il sort de l'état normal, physiologique, il devient malade. Nous avons vu que les causes des maladies étaient sans nombre; eh bien! si les agents naturels déterminent des changements qui produisent la maladie, il est aisé de conclure qu'il peut en exister de propres à le ramener à l'état normal, et qu'en plaçant l'individu dans certaines circonstances et sous l'influence de certains agents, on pourra déterminer chez lui des changements capables de ramaner l'organisme dans l'état sain.

L'effet de ces agents et de ces circonstances sur l'organisme, dans l'état morbide, porte le nom de *médication*. La médication peut donc être produite par tous les agents physiques, par cartaines substances auxquelles on a donné plus particulièrement le nom de médicaments, et par les actes organiques.

L'expérience, le raisonnement, et les essais ou expériments, ont appris à connaître d'une manière assez positive les effets les plus ordinaires d'un grand nombre de ces agents. Nous allons exposer sommairement ce qu'on connaît de moins contestable à cet égard.

Les divers modificateurs de l'organisme agissent de plusieurs manières : la plupart d'entre eux déterminent des changements généraux, exercent leur influence sur tous les organes, sur toutes les fonctions; d'autres seulement sur quelque organe. Mais ces distinctions ne sont pas tellement tranchées, que le modificateur qui agit d'une manière générale ne fasse sentir une influence plus spéciale

sur un organe ou sur un système en particulier, et que celui dont l'action s'exerce plus particulièrement sur un organe n'étende aussi son influence sur d'autres organes, ou même sur l'ensemble de l'organisme. De là l'extrême difficulté de classer d'une manière rigoureuse les différentes puissances thérapeutiques. Dans quelle classe mettra-t-on tel moyen qui, en agissant plus spécialement sur un organe, détermine cependant des modifications secondaires dans d'autres viscères? Il n'est proprement, à vrai dire, ni modificateur général, ni modificateur spécial. Malgré ces difficultés, nous croyons qu'on peut admettre des médications générales et des médications spéciales, quoique ces divisions, comme toutes celles auxquelles nous soumettons la nature, ne présentent rien d'absolu.

Les changements déterminés par les puissances thérapeutiques suivent plus ou moins immédiatement l'administration du moyen; c'est la médication primitive, immédiate : ou bien ne se font remarquer que long-temps après; c'est la médication consécutive, médiate. Il est important de remarquer ces deux manières d'agir dans les moyens curatifs : la première est surtout applicable aux maladies aiguës; la dernière, aux maladies chroniques.

Maintenant, si nous nous arrêtons sur la nature même des changements produits par les divers agents thérapeutiques, nous trouverons encore des difficultés plus grandes si nous voulons réunir sous certains chefs les différentes médications. En effet, il n'est presque aucune substance qui produise constamment le même effet; presque toutes en produisent un différent suivant une multitude de circonstances : suivant la dose, la préparation, la qualité du médicament; suivant l'âge, le sexe, la constitution, etc., du malade; suivant les causes, la nature, le siége, la marche, l'intensité de la maladie, etc. Ainsi tel moyen débilitant dans un cas relèvera les forces dans un autre, et tel moyen tonique pourra devenir débilitant; l'émétique ne sera pas toujours un vomitif; les purgatifs ne purgeront pas dans tous les cas, et les astringents produiront quelquefois des évacuations abondantes.

Toutefois, malgré ces difficultés généralement reconnues, nous croyons qu'on peut admettre, 1°, des médications générales; 2°, des médications spéciales; 3°, des médications primitives; 4°, des médications consécutives; enfin, relativement à la nature même de l'effet produit, les médications affaiblissantes, relâchantes, rafraîchissantes, dites antiphlogistiques; des médications fortifiantes, toniques; des médications stimulantes, des médications révulsives, qu'on pourrait aussi ranger dans la classe des médications spéciales; des médications empiriques et spécifiques, dont les effets, constatés par l'expérience, ne peuvent être classés dans les divisions précédentes.

Après avoir considéré les diverses médications affaiblissantes, toniques, stimulantes, révulsives, d'une manière générale, nous nous arrêterons sur les médications spéciales, que nous classerons par organe et par appareil, suivant la méthode que nous avons établie dans l'hygiène, et nous finirons par les médications empiriques et spécifiques.

Si l'action des causes se dérobe à nos recherches, échappe à notre investigation, la manière dont les médicaments agissent est couverte d'un voile presque aussi impénétrable. A la vérité, nous connaissons assez bien la nature, la composition, la dose et les diverses qualités de l'agent médicinal que nous appliquons à l'organisme; mais il nous est impossible de savoir comment il produit son effet, quel est le mécanisme que la nature emploie pour déterminer une action quelconque, et cela pour les choses les plus simples en apparence. Comment deux bords d'une plaie, mis en contact, se réunissent-ils? Par quel procédé un vésicant soulève-t-il l'épiderme et produit-il une dérivation? Il nous semble bien que nous comprenons cette action lorsque nous avons dit que le corps irritant, après avoir agi sur les organes de la sensibilité et produit une irritation, a déterminé vers l'endroit irrité l'afflux des fluides, que la sérosité s'est épanchée entre le chorion et l'épiderme, etc.; mais ce n'est là que l'exposition de ce que nous croyons voir se passer, et le mode d'action n'en est pas moins obscur. Nous expliquons aussi d'une manière dont nous nous contentons l'action de la saignée, de l'abstinence, des boissons délayantes, etc., quoiqu'il ne soit pas démontré que les choses se passent comme nous le disons, et que nous ignorions toujours le mode d'action. Ainsi nous disons qu'un sang épais, couenneux, dépourvu de sérosité, est inflammatoire, qu'il produit les inflammations ou les favorise; mais pourquoi cela? Comment produit-il l'inflammation? Nous l'ignorons. Nous l'avons dit déjà, les actes primitifs de l'organisme sont pour jamais dérobés à notre curiosité; il faut se résoudre à les ignorer toujours, et se contenter d'en observer et d'en constater les effets d'une manière exacte et rigoureuse.

Que serait-ce si nous voulions pénétrer le mode d'action de certaines substances qui, portées dans l'économie animale par une voie quelconque, produisent presque constamment sur un organe donné le même résultat? Comment agit cet émétique, qui provoque la contraction de l'estomac et produit le vomissement? Comment agit ce purgatif, qui passe sur le ventricule sans rien produire, et va déterminer la contraction des gros intestins? Comment l'aloès, la coloquinte, l'ellébore, etc., vont-ils irriter et même enflammer le rectum sans agir sur d'autres organes? Comment le nitre provoque-t-il la sécrétion urinaire? Comment les cantharides excitent-elles les organes génito-urinaires? Comment le café réveille-t-il l'action cérébrale, que l'opium et les autres narcotiques engourdissent? Comment le soufre agit-il sur la peau? Par quel mécanisme le quinquina suspend-il les accès d'une fièvre intermittente? Le mercure, comment guérit-il la syphilis? etc., etc. Bornons-nous à observer ces phénomènes, et à déplorer la faiblesse de nos moyens investigateurs.

D'après ces considérations, on doit peu s'attendre à trouver ici ces verbeuses divagations, où se complaisent quelques modernes, sur la manière d'agir des médicaments, sur la manière dont ils excitent, arrêtent, détournent les *actions vitales*; c'est en s'abandonnant à ces rêveries, dont on se sert pour étayer des systèmes trompeurs, qu'on enfante des volumes gros d'amplifications déclamatoires, mais exigus de vérités bien établies et généralement admises. Nous tâcherons de nous renfermer dans les faits les plus incontestables, et, sinon les plus certains, du moins les plus probables. Nous serons sobres aussi de ces explications plus ou moins séduisantes, qui sont bien rarement l'expression réelle de ce qui se passe dans la nature, qui nous met peu dans sa confidence, mais presque toujours celle de la manière de voir ou de penser de l'auteur qui la donne.

Médications générales.

Parmi les médications générales, nous comprendrons d'abord la médication dite antiphlogistique

ou débilitante, parce qu'elle est la plus souvent indiquée, la plus souvent nécessaire et fertile en résultats heureux. Nous placerons ensuite la médication révulsive, puis la médication tonique, fortifiante, la médication excitante, parce qu'elles sont fréquemment indiquées à la suite d'un traitement débilitant.

Les inflammations aiguës sont dans des proportions considérables relativement aux autres maladies; et quoique leur nombre n'excède peut-être pas celui des autres affections, cependant leur fréquence est telle qu'elles se présentent, dans la pratique, dans le nombre d'un contre vingt. Un exemple rendra ceci plus sensible. Les maladies aiguës du cerveau sont au nombre de quatre ou cinq; les maladies chroniques, dans un nombre bien plus grand; mais combien d'hémorrhagies, de congestions, de ramollissements pour un cancer, un tubercule, une hydatide du cerveau!

Médication affaiblissante.

Les inflammations avec hypersthénie plus ou moins prononcée sont donc très-nombreuses; dès lors on concevra que nous devions nous occuper d'abord des moyens de guérir ces affections.

Il est bien satisfaisant de penser qu'en même temps que les phlegmasies aiguës sont les plus fréquentes des maladies, les moyens que nous leur opposons sont aussi les plus sûrs, les plus efficaces, les mieux connus, les mieux appréciés dans leurs effets.

Les moyens antphlogistiques les plus communément mis en usage sont : 1°, le repos général et celui de l'organe malade; 2°, l'abstinence plus ou moins complète; 3°, les boissons délayantes; 4°, les saignées; 5°, les bains tièdes; 6°, les lavements émollients; 7°, enfin, les topiques de même nature. C'est avec ces moyens administrés avec sagacité, qu'on parvient ordinairement à guérir les inflammations aiguës simples plus ou moins intenses, et même beaucoup d'autres maladies caractérisées par une véritable hypersthénie, telles que les hémorrhagies dites actives, etc. Le traitement que nous allons exposer convient donc, non seulement dans les phlegmasies, mais presque dans tous les cas où l'on observera les signes que nous avons exposés comme caractérisant l'hypersthénie, l'irritation.

Le repos général, celui de l'organe malade et l'abstinence se présentent en première ligne : la nature, bien plus que l'art, le prescrit impérieusement. La douleur et les accidents que produit l'exercice des organes souffrants, commandent le repos au malade, qui ne peut s'y soustraire impunément. L'inappétence, le dégoût, qui signalent en général l'invasion des maladies aiguës, nous ont semblé aussi un avertissement salutaire de la part de la nature pour nous empêcher d'introduire dans l'organisme de nouveaux moyens de réparation et d'irritation.

Pour bien apprécier les effets du repos sur l'organisme, il est indispensable de connaître ceux que produit l'exercice : on doit consulter à cet égard ce que nous avons écrit dans notre Cours d'hygiène (1).

L'inaction ralentit d'abord, dans la partie malade, la circulation, l'innervation; et déjà l'on peut comprendre combien elle est favorable dans les irritations, puisque, dans tout organe irrité, l'innervation est augmentée ainsi que la circulation, et que celle-ci y apporte même les matériaux d'engorgement, de congestion, qui constituent un des principaux phénomènes de la phlegmasie. Un moyen qui ralentit ces deux actes organiques ne peut donc avoir que les plus heureux résultats. Si le repos se prolonge, la nutrition cesse de s'opérer dans l'organe inactif, ce qui n'est qu'une suite nécessaire du ralentissement de la circulation. La partie en repos diminue de volume, les éminences musculaires s'affaissent, la peau qui la recouvre pâlit, la chaleur s'y éteint, elle devient plus inhabile à se mouvoir. Si le repos est général, l'action du cœur et du cerveau se ralentit manifestement; la chaleur animale diminue, et les mouvements organiques des autres viscères qui sont sous leur dépendance tombent dans l'inertie; le système entier s'affaiblit d'autant plus profondément que le repos est plus absolu et plus durable. L'estomac ne tarde pas à ressentir une influence débilitante, ainsi que le reste du canal alimentaire; mais cette influence débilitante, si redoutable dans l'état de santé par les suites fâcheuses qu'elle traîne après elle, est ici d'autant plus avantageuse qu'elle concourt à diminuer la surexcitation générale que produit nécessairement l'inappétence, par l'absence du besoin de réparer les pertes que l'individu a faites; elle empêche qu'il n'introduise des substances alimentaires dans le ventricule, et agit alors comme l'abstinence; de plus, l'absorption intestinale étant languissante, à supposer même que le malade prît quelques substances nutritives, elles ne seraient absorbées qu'en petite quantité.

La respiration est moins fréquente, l'hématose moins active; le sang devient par conséquent moins riche et moins excitant. Le cerveau, si puissamment excité par un excercice actif, ralentit aussi son action sous l'influence de la cause dont nous parlons; la sensibilité s'émousse, et les organes locomoteurs surtout éprouvent les effets de l'inaction. Les muscles deviennent mous, pâles, lâches; leur contractilité s'affaiblit, ils entrent péniblement en action, et se fatiguent par le moindre exercice; ils finissent par diminuer de volume, et même par s'atrophier. Les organes génitaux, au bout d'un certain temps, sont soumis aux mêmes lois. Le repos est donc essentiellement débilitant; aussi est-il infiniment utile au traitement des maladies aiguës, et concourt-il avec efficacité à leur résolution. Il seconde merveilleusement les autres moyens antiphlogistiques.

La position que le malade devra garder sera telle que le sang abordera difficilement vers la partie malade. Ainsi, toutes les fois que la chose sera possible, on maintiendra dans une position élevée la région où siégera le mal. L'influence de la pesanteur dans les maladies ayant été reconnue dans ces derniers temps, le médecin serait coupable de négligence s'il ne mettait à profit les lumières répandues récemment sur ce sujet.

Ce qu'on nomme improprement la diète, c'est-à-dire l'abstinence, est un des plus puissants moyens qu'on puisse opposer aux maladies aiguës. Elle convient dans tous les cas, excepté dans ceux qui sont si légers qu'ils guérissent sans aucun secours; mais dès que la maladie réclame l'attention du médecin, l'abstinence est, pour ainsi dire, le premier conseil qu'on doive donner au malade.

L'action de l'abstinence sur l'organisme est susceptible d'une explication assez rigoureuse. La vie individuelle est une suite de mouvements de composition et de décomposition. Les premiers s'effec-

(1) Cours élémentaire d'hygiène, par Léon Rostan, tome II, page 346, 2e édition.

tuent par la digestion, la chylification, l'hématose, l'assimilation; les autres, par les exhalations pulmonaires, intestinales, cutanées ; par les excrétions de toute espèce, par les actes cérébraux, etc. Lorsque ces mouvements sont en rapport, l'individu se maintient dans un équilibre de force et d'embonpoint qui constitue son état normal, physiologique. Les organes perdent, et se réparent en proportion de leurs pertes. Maintenant, si, par une cause quelconque, l'individu est privé de moyens de réparation, qu'arrivera-t-il? Les fonctions de décomposition continuant à s'opérer, le sang cessera de porter dans les organes les matériaux de leur entretien, puisque lui-même n'aura pu en recevoir par l'acte de la digestion ; d'un autre côté, comme les vaisseaux ne sauraient rester vides, ils doivent se remplir au détriment du sang contenu dans les divers viscères ; de là l'augmentation de l'absorption interstitielle : or, cette fonction, étant activée dans tout l'organisme, doit l'être en même temps dans l'organe malade, et la résolution de l'engorgement inflammatoire doit en être rendue plus facile. Ainsi deux effets importants résultent de la privation d'aliments solides : d'abord un effet négatif, puisqu'on empêche par ce moyen de porter sur l'organe affecté de nouveaux matériaux de réparation, et conséquemment d'engorgement et d'irritation ; secondement, un effet actif, puisqu'on active la fonction chargée d'opérer la résolution des maladies.

Les effets consécutifs d'une abstinence complète se manifestent par la pâleur générale, la diminution de la chaleur, l'affaissement des vaisseaux cutanés, la faiblesse, la mollesse, le ralentissement du pouls; enfin la langueur, l'inertie de la plupart des fonctions, excepté cependant de celle de l'estomac, qui en deviennent plus énergiques, et de l'absorption interstitielle. D'ailleurs, les sens, les facultés intellectuelles et morales, la locomobilité, etc., partagent l'inertie générale.

Si l'abstinence portait également sur les boissons et sur les substances alimentaires solides, le sang diminuerait d'abondance, mais conserverait sa consistance, sa densité; bien plus, il est vraisemblable qu'il acquerrait une consistance plus grande, de manière qu'il conserverait aussi ses qualités phlegmasiques, s'il n'en acquérait de nouvelles. On manquerait donc alors le but qu'on veut atteindre; l'abstinence ne serait plus un moyen antiphlogistique, rafraîchissant. Mais la nature, qui veille à la conservation des êtres qu'elle a produits, nous a donné la soif impérieuse qui nous dicte la conduite que nous devons tenir. La soif serait le résultat inévitable de la privation des boissons, si elle n'était déjà l'effet des maladies aiguës, qui réclament le traitement affaiblissant.

Ce besoin irrésistible nous oblige d'introduire dans l'économie animale une quantité plus ou moins grande de boissons aqueuses, l'un des moyens antiphlogistiques les plus efficaces que nous possédions.

Il ne faut pas se le dissimuler, l'eau est le principe héroïque de toutes les tisanes délayantes ; la plupart des plantes qu'on fait bouillir ou infuser avec elle y ajoutent peu de vertus : les solutions gommeuses, les principes acidules qu'on y mêle quelquefois, leur impriment bien quelques légères différences, mais il n'est pas moins vrai que le principe essentiellement actif est l'eau.

L'eau, introduite par l'absorption intestinale dans le torrent de la circulation, produit des effets aussi faciles à expliquer que ceux que nous avons abordés jusqu'ici. Il est incontestable qu'elle rend le sang plus fluide, plus ténu, moins dense, moins compacte, et partant moins inflammatoire. Ce sang aqueux, ainsi porté vers les organes enflammés, non seulement est dépourvu de ses qualités phlegmasiques, mais il est doué de propriétés essentiellement contraires : il est antiphlogistique dans toute la force de l'expression, c'est-à-dire propre à éteindre l'irritation, l'inflammation existantes.

Cependant, quoique l'eau soit la partie essentiellement active des boissons délayantes, il peut être quelquefois convenable de lui communiquer quelques propriétés particulières, au moyen de certaines substances. Par ces mélanges, qui se font par ébullition, par infusion, par macération ou par dissolution, etc., on peut communiquer à l'eau des qualités légèrement nourrissantes, légèrement laxatives, rafraîchissantes, etc., sans qu'elle cesse d'être véritablement antiphlogistique.

Parmi les substances délayantes, on emploie plus fréquemment celles qui suivent : la racine de chiendent, de réglisse, de guimauve, de grande consoude. C'est à tort, en effet, qu'on a rangé cette dernière parmi les astringents : elle contient, comme le riz, un mucilage très-abondant; elle n'arrête donc les dévoiements que lorsqu'ils sont l'effet d'une inflammation, qu'elle calme par ses propriétés mucilagineuses, et non par un prétendu principe astringent qu'elle ne contient pas. Les sommités de bourrache, la capillaire, les fleurs de sureau, de violette, de tussilage, de boillon-blanc, de pied-de-chat; l'orge, la graine de lin, de riz, la gomme arabique, la gomme adragante; toutes ces substances jouissent à peu près des mêmes propriétés ; toutefois il est des cas où l'on ne pourrait pas les administrer indifféremment : ces cas se rencontrent surtout chez les sujets nerveux, chez les femmes et chez les enfants. Nous devons ajouter à ces substances le petit lait, l'eau de poulet, l'eau de veau.

Parmi ces tisanes, il en est qui paraissent avoir une légère action spéciale, les unes vers la peau, le sureau, la bourrache; les autres vers les organes urinaires, le chiendent, la graine de lin; d'autres vers les intestins, l'eau de poulet, de veau, le sérum ; vers le thorax, la violette, le tussilage, la capilaire; mais ces vertus sont bien peu prononcées : toutefois on doit y avoir égard.

Les boissons aqueuses dans lesquelles on a fait entrer quelqu'une des substances que nous venons d'énumérer ont pour effet primitif de calmer la soif, de lubrifier la membrane muqueuse gastro-intestinale, de diminuer l'inflammation dont elle peut être le siége, d'en relâcher physiquement le tissu, d'en augmenter l'exhalation, ensuite d'augmenter la proportion des principes fluides du sang, et par suite de fournir aux organes exhalants et sécréteurs une plus grande quantité de parties aqueuses, de leur fournir par conséquent des matériaux plus abondants d'élaboration. Aussi la sécrétion urinaire, l'exhalation cutanée, etc., sont-elles alors sensiblement accrues.

Les effets consécutifs de ces boissons délayantes sont de relâcher les solides en augmentant la proportion des fluides, de diminuer l'excitabilité générale, et principalement celle du cerveau, et par suite celle de tout l'organisme, en enlevant au sang ses qualités excitantes. De là la pâleur de la face, une espèce de bouffissure générale, de l'adypsie, de l'inappétence, de la lenteur dans les fonctions digestives ; la lenteur et la faiblesse du pouls, la rareté de la respiration, la diminution de la chaleur animale, la paresse d'esprit, la somnolence, la fati-

gue au moindre exercice, etc.; enfin, la faiblesse et l'inertie de toutes les fonctions.

Quelques boissons paraissent *rafraîchir* encore à un plus haut degré que les précédentes : ce sont celles qui sont douées d'une légère acidité : l'eau mêlée à quelques acides végétaux ou minéraux, tels que l'acide acétique, l'oxycrat, le sirop de vinaigre, l'acide citrique, malique, tartarique, sulfurique, etc. (la limonade, l'orangeade, le suc de groseille étendu d'eau, etc.) Lorsque l'acidité n'est pas trop prononcée, et que la température de ces boissons est fraiche, elles étanchent la soif avec beaucoup plus de promptitude que les précédentes. On doit les préférer dans les embarras gastriques, dans les irritations gastro-intestinales, et principalement pendant les grandes chaleurs, circonstances qui les font en général appéter par les malades. Les effets de ces boissons sont d'ailleurs très-analogues à ceux des premières.

La température de ces boissons n'est pas indifférente. Lorsqu'il existe une phlegmasie thoracique, il convient qu'elles soient tièdes, ou même un peu chaudes; pour les phlegmasies gastro-intestinales, on les donnera à la température de l'atmosphère; trop froides, elle pourraient agir comme toniques indirects, et par conséquent augmenter l'irritation. Pour les autres phlegmasies, on pourra consulter le goût des malades.

Les émollients peuvent être injectés dans les gros intestins; les expériences de MM. Magendie et Orfila prouvent que l'absorption est aussi active dans ces organes que dans les intestins grêles. La connaissance de cette faculté est très-importante pour la thérapeutique, puisqu'elle conduit à cette conclusion : d'abord, que les médicaments administrés de cette manière peuvent être portés dans les voies de la circulation, et de là dans tout l'organisme, comme ceux qu'on administre par en haut; en second lieu, que ces substances ne doivent pas être données à des doses beaucoup plus élevées que par l'autre voie, ainsi qu'on le faisait précédemment.

Pour le sujet qui nous occupe, nous en tirerons cette conséquence, qu'une partie des émollients, administrés de cette manière, agissent comme délayants généraux, puisqu'ils peuvent être portés dans le torrent de la circulation, et qu'ils agissent aussi comme moyens locaux.

Dans le premier cas, leur effet est analogue à celui des boissons de même nature, effet que nous venons d'exposer; dans le second, leur action relâchante se borne à la membrane muqueuse des gros intestins; ils conviendront surtout éminemment dans la colite. On devra, dans tous les cas, les associer aux boissons dans les diverses phlegmasies, non dans l'intention de provoquer des selles, ainsi que le croit le vulgaire, mais dans celle de diminuer l'irritation locale et générale.

Les lavements agissent d'une manière mécanique en dilatant les intestins, et en favorisant ainsi l'expulsion des matières fécales. Ils détachent ces matières des parois intestinales; ils les divisent, les rendent plus liquides, et en favorisent l'expulsion; en dilatant l'intestin, ils sollicitent sa contraction, etc.

L'effet qui résulte d'un lavement, lorsqu'il a été expulsé, est un sentiment de bien-être, ou de lassitude, de faiblesse, qui n'a rien de pénible; une détente, un calme agréables, et la diminution des accidents qui ont nécessité ce moyen.

Les lavements émollients sont des antiphlogistiques les plus avantageux; ils sont presque toujours suivis de soulagement, et ne nuisent jamais. C'est un moyen qu'on ne saurait par conséquent trop recommander dans la plupart des maladies; il en est en effet fort peu où il pût produire quelque inconvénient.

Le plus énergique des moyens antiphlogistiques est sans doute la saignée; son action prompte, et pour ainsi dire instantanée, la rend très-efficace dans les phlegmasies intenses, principalement dans les phlegmasies viscérales accompagnées d'un danger imminent.

La nature inflammatoire de la maladie, son caractère hypersthénique, la force, la jeunesse du sujet, enfin la réunion des phénomènes d'excitation et d'énergie, réclament la saignée : nous voulons parler ici de l'émission sanguine au moyen de la phlébotomie. On doit répéter cette opération tant que les signes locaux et généraux persistent au même degré, tant que les forces du sujet le comportent.

Dans les phlegmasies viscérales hypersthéniques, on est quelquefois obligé de revenir plusieurs fois par jour à la phlébotomie. La quantité de sang qu'on doit ôter à chaque saignée ne saurait être prescrite d'une manière rigoureuse; on devra se conduire d'après les indications que nous avons exposées avec détail. Le terme moyen est de douze à seize onces.

On devra recourir à ce moyen le plus tôt possible; car c'est dans le principe des maladies aiguës qu'il est surtout efficace, ainsi qu'Hippocrate l'avait déjà remarqué.

L'effet de la saignée générale, dans les phlegmasies aiguës, dans les congestions, etc., paraît s'expliquer d'une manière assez satisfaisante. On ôte du sang de la masse générale : que doit-il arriver de la soustraction de ce fluide? Comme il paraît être au moins l'une des causes les plus actives des engorgements inflammatoires, en diminuant sa quantité, il n'est pas douteux qu'on diminue les chances, les moyens de ces engorgements; de plus, l'observation prouve que les saignées réitérées font prédominer la partie séreuse du sang en diminuant la fibrine; l'observation prouve aussi que c'est principalement la partie fibrineuse qui jouit de la propriété phlegmasique, que la couenne est principalement formée de fibrine, que le sang est surtout dense, compacte, riche en un mot, dans les inflammations hypersthéniques. On diminue donc en même temps les propriétés inflammatoires de ce fluide. De plus, comme les vaisseaux sanguins doivent contenir une certaine quantité de sang, comme ils ne sauraient rester vides, c'est nécessairement aux dépens des parenchymes et des membranes qui contiennent du sang que le vide que produit la saignée doit se remplir; d'où l'on conçoit que les radicules veineuses doivent redoubler d'énergie : l'absorption doit donc devenir plus active par la saignée, et en effet c'est ce que les expériences démontrent d'une manière directe et positive. Or, comme c'est à l'absorption que la résolution des maladies est confiée, on doit penser de quelle utilité peut être un moyen qui l'active d'une manière aussi sûre et aussi prompte. On a pensé aussi que la saignée par la veine opérait une dérivation, en appelant le sang vers le lieu de l'opération.

C'est à cette espèce de dérivation qu'on a fait l'honneur des prétendus avantages produits par la saignée du pied dans l'aménorrhée et dans les maladies de la tête, etc. Mais j'oserai élever quelques doutes sur ces effets. Je n'ignore pas que tous les

auteurs les ont, sinon reconnus, du moins adoptés; cependant j'ai lieu de croire qu'excepté la saignée de la jugulaire, qui désemplit immédiatement le cerveau, il est indifférent de saigner de quelque veine que ce soit; l'essentiel, lorsque l'indication d'ôter du sang existe, c'est d'ôter ce sang, n'importe la veine dont on le tire. C'est toujours, en dernière analyse, de la masse générale qu'on enlève ce fluide.

Lorsque les symptômes généraux qui auront nécessité cette opération seront tombés, lorsque les phénomènes locaux auront beaucoup diminué, on devra suspendre la saignée, sous peine de nuire au malade. Il ne faut pas oublier qu'un certain degré de forces est nécessaire pour que la résolution ait lieu; qu'en-deçà et au-delà de ce degré de forces, la résolution est également difficile ou impossible. Le talent du médecin consistera donc à saigner assez et à ne pas saigner trop. S'il ne saigne pas assez, la maladie continuera sa marche et ses progrès, et pourra enlever le malade; s'il saigne trop, l'absorption deviendra impossible par la faiblesse des absorbants; et l'engorgement continuant à s'opérer d'une manière pour ainsi dire mécanique, le malade succombera rapidement. Ainsi, bien que la saignée soit un excellent moyen de favoriser la résolution des maladies, il est un terme où il convient de s'arrêter.

Le sang étant l'excitant et le réparateur de tous les organes, il est clair que moins il existera de ce fluide dans l'organisme, et moins il existera d'excitation et de réparation. Tous les organes, toutes les fonctions tomberont dans une faiblesse, dans une inertie plus ou moins profonde : il est inutile de dire combien cet état est avantageux à obtenir chez les sujets forts, jeunes, sanguins, frappés de maladies hypersthéniques. Après les saignées réitérées, la peau sera pâle, décolorée, fraiche ou froide; les vaisseaux affaissés sur eux-mêmes; le pouls mou, petit et lent; la respiration lente; la langue pâle, humide; la soif nulle, l'appétit peu prononcé, les urines pâles et tenues, la tête étourdie, les sens émoussés, les facultés intellectuelles peu actives, la locomotion difficile, le sommeil lourd, etc.; enfin on observera tous les phénomènes opposés à la polyæmie, à l'hypersthénie.

L'émission sanguine par les veines n'est pas la seule qu'on pratique dans les violentes inflammations des méninges ou de l'encéphale, dans les congestions fortes, dans l'aliénation avec surexcitation extrême, etc., on a proposé et pratiqué l'artériotomie : c'est principalement à l'artère temporale qu'on pratique cette opération. On prétend que les effets débilitants qu'on veut obtenir sont beaucoup plus prompts que par l'opération précédente. Je n'ai jamais fait pratiquer de semblables saignées; je ne saurais me prononcer sur leur degré d'utilité.

Les saignées qu'on appelle locales ont été singulièrement prônées depuis quelques années. Les moyens à l'aide desquels on produit ces saignées dites locales, sont les sangsues, les ventouses scarifiées, les mouchetures, les scarifications, l'application du bdellomètre. Parmi tous ces moyens, les sangsues tiennent incontestablement le premier rang. La manière dont on doit les appliquer, ainsi que celle de pratiquer la phlébotomie et l'artériotomie, doit former la matière des ouvrages élémentaires de chirurgie; nous ne devons parler ici que de leurs effets sur l'organisme.

Les saignées dont nous parlons enlèvent le sang des capillaires; elles diminuent par conséquent d'une manière directe la cause matérielle de l'engorgement inflammatoire; et quoique cet engorgement lui-même ne soit qu'un effet de l'irritation, comme il devient à son tour cause d'une irritation plus grande, on diminue réellement par sa soustraction l'irritation et même l'irritabilité. Nous observons ici un *cercle vicieux*. L'irritation appelle les fluides; les fluides, à leur tour, arrivent dans l'endroit irrité, augmentent l'irritation locale; l'effet augmente la cause, et réciproquement, à moins qu'on ne s'oppose à l'un ou à l'autre. On y parvient efficacement en enlevant une quantité de sang proportionnée à l'irritation et à l'engorgement.

La déplétion produite par les saignées locales sera donc de la plus grande efficacité lorsqu'on pourra agir directement sur le point enflammé, ou mieux encore dans le voisinage. Dans tous les engorgements de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des muscles, des articulations, les saignées locales conviendront éminemment.

Mais leur effet est au moins autant général que local : on les emploiera comme saignées générales lorsqu'on redoutera l'affaiblissement trop considérable du malade, lorsqu'on voudra que le sang s'écoule lentement; au reste, on conçoit bien que ces effets varieront, surtout eu égard au nombre et à la qualité des sangsues qu'on appliquera, c'est-à-dire relativement à la quantité de sang que le malade perdra. L'effet général des sangsues se rapprochera d'ailleurs beaucoup de celui de la phlébotomie.

Mais les sangsues, ainsi que les autres moyens succédanés, ont encore un mode d'agir dont il faut tenir compte.

La douleur que détermine la piqûre a été regardée comme révulsive; de plus la succion, qui détermine l'afflux des liquides et surtout du sang vers le lieu où on les applique, opère aussi une dérivation véritable. L'inflammation légère qui s'établit plus tard agit encore de la même manière. Il est des cas où cette action peut être mise à profit. Lorsque le malade n'est pas très-fort, très-irritable, que l'inflammation ne marche pas avec une grande violence, cette médication peut être fort utile.

Les ventouses scarifiées, par lesquelles on remplace les sangsues, jouissent aussi de la même faculté révulsive; mais leur action, comme émission sanguine, est bien moins puissante : l'écoulement du sang, d'abord considérable, diminue et cesse bientôt complètement; ce qui tient vraisemblablement à ce que la succion ne s'opère qu'à la surface des piqûres, et ne pénètre pas, comme dans les sangsues, jusqu'au tissu cellulaire. On ne doit donc y avoir recours que lorsque les premières manquent absolument.

Quoique l'effet du bain tiède soit généralement connu et apprécié, la manière dont cet effet est produit n'est cependant pas, à beaucoup près, susceptible des mêmes explications que les moyens précédents. On sait que le bain tempéré jette l'organisme dans un état de faiblesse, de débilité, plus ou moins profond; mais est-ce parce qu'il relâche la peau et permet une abondante perspiration? ou bien est-ce parce qu'il agit directement sur le système de l'innervation? est-ce l'eau qui produit cet effet? est-ce le calorique? Mais l'eau sans le calorique, ou avec plus de calorique, produit des effets différents et même opposés, et le calorique sans l'eau est loin de produire le même résultat. C'est donc la combinaison, l'association de ces deux agents qui produisent le relâchement général qu'on observe, et qui est si avantageux lorsqu'il existe quelque éréthisme dans l'économie animale. Mais encore, comment s'opère cette action? Y a-t-il absorption d'une certaine quantité d'eau, et, par ce moyen, le sang et

les autres fluides de l'organisme perdent-ils de leur consistance, de leur plasticité? Mais beaucoup de physiologistes rejettent aujourd'hui l'absorption cutanée lorsque la peau est intacte, et le bain tiède n'en produit pas moins son effet dans le cas d'intégrité de cette membrane. Est-ce par une loi purement physique, par la pénétration de proche en proche, que le calorique, associé à l'eau, agit de la sorte? Nous l'ignorons complètement. Peut-être y a-t-il dans ces explications quelque chose de vrai; mais elles sont trop conjecturales pour se permettre de les donner comme l'expression véritable des faits.

Quoi qu'il en soit, le bain à vingt-huit ou vingt-neuf degrés au-dessus de zéro (Réaumur), qui est celui qu'on doit prescrire dans les phlegmasies, augmente légèrement le volume du corps, dilate la peau, et favorise la perspiration cutanée; les veines de la périphérie se gonflent, le pouls s'élève momentanément de quelques pulsations, et paraît plus fort que dans l'état habituel; cependant il baisse quelquefois de plusieurs pulsations, ce qui a lieu principalement lorsque le malade est dans une vive surexcitation; une légère pesanteur de tête se manifeste, et avec elle de la tendance au sommeil, enfin une douce lassitude se répand dans les membres, et convie au repos.

Le bain, à cette température, est essentiellement relâchant; il produit une détente salutaire, il diminue l'irritation, et même l'irritabilité, lorsqu'il est pris fréquemment; c'est en un mot, un des meilleurs antiphlogistiques que nous possédions. Il me paraît certain qu'on l'emploie beaucoup trop rarement : on a eu grand tort d'en blâmer l'usage dans les inflammations gastro-intestinales; il m'a constamment réussi dans ces sortes de phlegmasies; il convient éminemment dans les inflammations de la plupart des viscères abdominaux, dans celles des muscles, des articulations; il conviendrait de même dans les phlegmasies thoraciques, si l'on savait éviter avec assez de soin le contact funeste de l'air; enfin, il est très-avantageux dans les inflammations du cerveau et des méninges, pourvu qu'on veille à ce que le sang ne se dirige pas vers l'encéphale; ce qu'on pourra toujours empêcher par des applications réfrigérantes sur la tête.

On a rangé le froid parmi les moyens antiphlogistiques. Suivant son degré, son mode d'application, la durée de cette application, le froid produit sur l'organisme des effets fort différents et même entièrement opposés. Son action directe est certainement débilitante; mais personne n'ignore qu'après la première impression de cet agent physique, il ne s'établisse dans le lieu qui a reçu cette impression des phénomènes totalement opposés aux premiers, par conséquent que le froid ne possède réellement deux actions différentes. Au reste, voici ce qu'on observe lorsqu'on a appliqué sur une partie du corps de la glace, de la neige, ou simplement de l'eau voisine de congélation : le tissu de cette partie se resserre, devient plus dense, plus dur. Cet effet du froid sur les parties organiques est exactement le même que celui qu'il exerce sur les corps inorganiques, et cet effet est mis hors de doute par l'expérience de l'anneau de S'Gravesande. En même temps le sang, qui abordait librement vers cette région, se retire ou cesse d'y parvenir; le peau change de couleur, devient jaunâtre, verdâtre, violacée, nuances qui attestent le ralentissement du mouvement circulatoire; si cette partie était le siége d'une douleur, cette douleur *s'engourdit*, devient moins vive; de là surtout l'épithète de *sédatif* qu'on a donnée à l'agent thérapeutique dont nous parlons. La température baisse de deux façons : d'abord, parce que le calorique de l'organe est cédé au topique, qui l'absorbe pour passer à l'état liquide, ou simplement pour se mettre en équilibre, par la tendance des corps à se mettre en cet état; en second lieu, l'innervation et la circulation, sources principales de la chaleur animale, étant relenties et presque suspendues dans l'organe, leur effet doit nécessairement être diminué ou suspendu. Tel est le premier effet du froid. Si la cause vient à cesser d'agir, une autre série de phénomènes se présente. La douleur occasionnée par cet agent lui-même ou par une disposition organique primitive qui échappe à nos explications, se manifeste; la circulation, l'innervation et la chaleur qui les suit ne tardent pas à devenir non seulement telles qu'elles étaient avant l'application du froid, mais encore bien plus intenses. Alors la partie prend une couleur rouge vive; elle se tuméfie, augmente de volume, devient chaude, sensible, douloureuse; des battements artériels s'y font sentir; enfin on y remarque tous les caractères d'une violente congestion; c'est ce qu'on nomme *réaction*.

Maintenant il est évident que si l'on veut obtenir du froid l'effet débilitant, il faut empêcher la réaction. On y parviendra en choisissant le moment où il peut être utile, en employant quelques moyens propres à empêcher cette réaction, et en prolongeant son application jusqu'à ce que l'irritation qui le réclame ait disparu.

Le froid sera surtout convenable dans les inflammations extérieures et par cause externe. Son application devra avoir lieu dès le principe de la maladie, lorsqu'on voudra prévenir le développement de l'inflammation. Lorsque la phlegmasie est dans toute sa violence, je crois que ce moyen non seulement a peu d'efficacité, mais qu'il peut augmenter les accidents par la difficulté qu'on éprouve alors à s'opposer à la réaction. Il faut donc attendre que la violence de la maladie soit calmée par des saignées locales ou générales, etc., ou simplement par le cours naturel des choses.

L'application du froid devra donc avoir lieu dans le principe ou vers la fin des maladies, et toujours la réaction devra être empêchée, en secondant l'effet de ce moyen par des saignées convenables, et en prolongeant son application jusqu'à ce que la réaction devienne impossible.

Outre les maladies pour cause extérieure, telles que les contusions, les brûlures, etc., on emploie encore le froid dans les affections aiguës du cerveau et dans les hémorrhagies. J'en ai obtenu récemment un succès très-heureux dans une ophthalmie intense, qui tendait à passer à l'état chronique, etc.

Il nous reste maintenant à parler des applications locales.

Si nous parlons ici des toniques émollients, c'est moins parce qu'ils agissent d'une manière générale. c'est-à-dire sur l'ensemble de l'organisme, que parce qu'on peut les employer *généralement*, dans le plus grand nombre des maladies.

Les substances que l'on applique comme topiques émollients sont l'eau tiède, simple ou chargée du mucilage de la racine de guimauve, de la graine de lin, etc., des huiles, des graisses, de la gélatine, de la farine de graine de lin, le lait, etc. L'effet de ces substances, d'ailleurs difficile à expliquer, aussi bien que celui du bain tiède, est de relâcher le tissu sur lequel on l'applique, de l'assouplir, de diminuer la chaleur locale, d'affaiblir le sentiment de la douleur, et par conséquent l'irritation secon-

laire. Ces moyens sont presque toujours utiles et bien rarement dangereux.

Ce n'est encore ici ni le calorique seul, ni l'eau, qui produisent le résultat observé, mais bien la combinaison de ces deux principes, et de plus la composition chimique du mélange. Les substances mucilagineuses sont aujourd'hui généralement préférées.

On a aussi vanté récemment les bons effets de la compression; il paraît qu'on a, par ce moyen, obtenu la guérison prompte d'érysipèles à la peau : mais nous avons des exemples qui sont contraires à ceux-là; et, dans tous les cas, nous croyons prudent d'attendre que des faits ultérieurs plus nombreux viennent sanctionner l'utilité de ce moyen.

Il ne faut pas oublier que la médication dont nous venons de parler, quoique la plus certaine dans ses effets, la plus satisfaisante sous le rapport de la théorie, ne produit cependant pas constamment l'affaiblissement de l'individu. Ainsi, lorsqu'il y a concentration des forces, le malade devient plus fort qu'avant l'application des moyens débilitants : ce même inconvénient se retrouve dans toutes les médications. Cela prouve encore qu'il n'est rien d'absolu dans la nature.

Médication contre-stimulante.

Au milieu des systèmes sans nombre qui font incessamment irruption dans la médecine, il en est un qui s'y est récemment précipité, et que nous ne devons pas passer sous silence même dans un ouvrage élémentaire. A la vérité, il ne s'est montré qu'à la faveur de la haine et de l'esprit de parti; mais il suffit qu'il ait dans certains cas produit quelques heureux effets, et dans beaucoup d'autres des résultats funestes, pour que nous devions en faire au moins une mention succincte. La médication contre-stimulante a été enfantée par l'aveugle empirisme, et pour la médecine organique et rationnelle ce n'est point une origine fort recommandable. Nous verrons en effet qu'elle ne la dément point.

Quoiqu'il soit exact de dire que l'usage de l'émétique à haute dose n'est point une invention moderne, puisqu'on le trouve recommandé dans un formulaire des hôpitaux de Paris, imprimé en 1764, c'est cependant à l'école italienne que cette médication doit l'espèce de faveur dont elle a joui récemment. M. Rasori a fondé sur cette méthode une espèce de système médical dont les idées principales sont partagées par M. Thomassini : c'est la doctrine du *stimulisme* et du *contre-stimulisme*. Laennec ayant cru trouver, dans les faits thérapeutiques que lui présentait cette méthode de traitement, des arguments victorieux contre les exagérations de la doctrine physiologique, affecta de leur donner beaucoup d'importance, chercha à les multiplier, employa tout son talent à leur donner de la célébrité, et toutefois réussit assez bien dans le but qu'il s'était proposé.

Mais aujourd'hui que le prestige de la doctrine dite physiologique est tombé, que les erreurs qui ont fait tant de fanatiques aveugles n'entraînent plus personne et ne menacent plus la société d'aucun danger, apprécions avec impartialité la valeur de la méthode de traitement qui nous occupe.

Laennec affirme que, sur vingt-huit malades qu'il a traités par l'émétique à haute dose depuis l'année 1824, tous ont guéri excepté un septuagénaire cachectique. Mais ce n'est qu'une de ces assertions générales, une de ces affirmations qui ne sauraient entraîner la conviction d'un homme prudent. Lorsqu'on ne tient pas de notes détaillées, on se persuade aisément que les malades qui succombent, pendant l'administration d'un certain traitement, ne pouvaient pas guérir, qu'ils n'étaient pas dans les circonstances favorables pour cela, et dès lors on ne les met pas en ligne de compte. On ne tient véritablement compte que de ceux qui guérissent. Parmi les médecins sages, qui cherchent la vérité de bonne foi, il n'en est point qui ne soit continuellement en garde contre cette disposition de l'esprit humain.

La position polémique où se trouvait Laennec était certainement un obstacle à cette sage réserve. Il devait nécessairement s'exagérer et exagérer aux autres ses succès, affaiblir et même dissimuler ses revers. Cette espèce d'aveuglement est encore bien plus prononcé chez ses disciples; non-seulement ceux-ci n'ont publié que des guérisons, mais dans ces exemples même ils n'ont pas vu que les symptômes s'aggravaient toutes les fois qu'on administrait l'émétique, tandis que l'amélioration se manifestait lorsqu'on en suspendait l'emploi; qu'enfin, lorsque les malades guérissaient, c'était parce qu'ils avaient pu résister à la maladie et au remède. Ils attribuent ainsi l'honneur de la guérison à un moyen thérapeutique, tandis qu'elle n'est due qu'à la nature. En général ce que nous avons pu conclure de ces observations, c'est que les malades avaient guéri plus péniblement, plus douloureusement qu'ils n'auraient fait sans cela.

On a recommandé l'emploi de l'émétique à haute dose principalement dans trois maladies : la pneumonie, l'hémorrhagie cérébrale, le rhumatisme. Un mémoire intéressant a été publié dernièrement par un jeune médecin très-recommandable sur les effets de cette médication dans le rhumatisme; et les conclusions de ce mémoire, fondées sur des faits exacts et nombreux, ne sont nullement favorables à la méthode contre-stimulante (1). A la vérité, Laennec cite dans la dernière édition de son traité d'*Auscultation médiate*, pages 501 et suivantes, trois observations détaillées où le tartre stibié paraît avoir produit chez des pneumoniques des effets miraculeux. Les sujets de ces observations étaient, les uns et les autres, pour ainsi dire désespérés. Dans des cas semblables, rien n'empêche en effet qu'en désespoir de cause, on ne tente ce moyen; mais le mettre en usage dans les cas ordinaires, où une médication rationnelle sanctionnée par l'expérience suffit pour guérir les malades, c'est exposer gratuitement leur existence, c'est assumer sur soi la plus grave responsabilité, c'est avoir à se reprocher éternellement tous les cas d'insuccès, ou plutôt c'est se jouer de la vie des hommes.

Les essais tentés par d'autres médecins sur cette méthode sont loin de répondre aux espérances qu'on avait voulu en faire concevoir. On dira peut-être (ce que d'ailleurs Laennec avait dit déjà) que ce moyen avait été administré par des mains inhabiles, trop timides ou trop audacieuses. Mais qui ne sent que ce n'est là qu'une défaite, rien n'étant plus facile que de donner ce médicament d'une manière convenable? Aussi est-il peu de médecins qui le donnent aujourd'hui.

Toutefois, si les moyens rationnels avaient échoué dans une hémorrhagie cérébrale ou dans une pneumonie, si les signes d'agonie, tels que la sueur

(1) Mémoire sur l'emploi du tartre stibié à haute dose, etc.; par J.-B.-H. Dance, agrégé à la faculté de médecine, etc.; Archives générales de médecine, nos d'avril et mai, 1829.

froide, la perte complète de connaissance, etc., se manifestaient, on pourrait recourir à cette médication.

Au reste, voici la manière dont Laennec administrait l'émétique à haute dose, d'abord dans la pneumonie.

Pour peu que le malade fût susceptible de supporter la saignée, ce médecin faisait pratiquer cette opération. Il tirait de huit à seize onces de sang du bras. Il fallait une indication bien urgente pour qu'il fît réitérer la saignée. Il fallait aussi que le malade fût bien débilité, bien *cachectique*, comme il le disait lui-même, pour qu'il s'abstînt d'employer ce moyen qu'il regardait comme très-propre à *enrayer l'inflammation*. Immédiatement après la saignée, il faisait donner une première dose de tartre stibié d'*un grain* dans deux onces et demie d'infusion légère de feuilles d'oranger froide, édulcorée avec une demi-once de sirop de guimauve ou de sirop de fleurs d'oranger. Il faisait répéter la même dose de deux en deux heures jusqu'à ce que le malade en eût pris *six grains*; il le laissait reposer ensuite pendant sept à huit heures, si les accidents n'étaient pas urgents, et s'il éprouvait quelque tendance au sommeil.

Si la pneumonie était violente, déjà avancée, l'oppression forte, si la tête se prenait, si les deux poumons étaient affectés ou l'un d'eux pris en entier, il faisait continuer le tartre stibié sans interruption, de deux en deux heures, *jusqu'à ce qu'il y eût un amendement dans les symptômes, et que l'amélioration fût indiquée par les signes stétoscopiques*. Quelquefois même, il portait la dose de l'émétique à *un grain et demi*, *deux grains*, et même *deux grains et demi*, dans la même quantité de véhicule et dans le même espace de temps, dans les circonstances graves.

Un certain nombre de malades supportent l'émétique ainsi administré, sans éprouver ni vomissements ni défécation; la plupart éprouvent deux ou trois vomissements, et vont cinq ou six fois à la selle le premier jour; après quoi ces évacuations diminuent et même cessent complètement. Alors la *tolérance* est établie. Une constipation opiniâtre succède quelquefois aux évacuations abondantes.

Lorsque la *tolérance* s'établit difficilement, c'est-à-dire lorsque les évacuations continuent le second et le troisième jour, Laennec ajoutait une ou deux onces de sirop diacode dans les six doses qui devaient être prises dans les vingt-quatre heures. Cette association est rejetée par MM. Rasori et Thomassini, mais l'expérience lui avait démontré qu'elle pouvait être fort utile.

D'après l'auteur dont nous parlons, le tartre stibié n'est jamais plus efficace que lorsque la tolérance s'établit; mais il peut aussi produire d'excellents effets quoique les évacuations soient très-abondantes. L'amélioration survient, dit-il, très-promptement : au bout de quarante-huit heures, de vingt-quatre heures, et même au bout de deux ou trois heures, on reconnaît un amendement notable. Des individus voués à une mort certaine paraissent hors de danger au bout de très-peu de temps, et *il est très-peu de malades* qui ne puissent supporter cette médication; encore cet inconvénient lui paraissait-il devoir être attribué au défaut d'assurance du médecin plutôt qu'à la méthode elle-même. Les bons effets de ce moyen peuvent être obtenus dans toutes les périodes de la maladie; et dès le moment que l'on obtient une amélioration, même légère, on peut être certain que la résolution complète aura lieu en continuant l'emploi du médicament.

Laennec continuait l'usage du tartre stibié tant que la tolérance durait et qu'il existait encore quelques traces de râle crépitant : cette tolérance peut durer fort long-temps dans la convalescence. Quelquefois cependant elle diminue après la période d'acuité et même peut cesser complètement.

Le tartre stibié donné de cette manière produit des résultats d'autant plus heureux que le malade est plus fort, plus robuste, plus pléthorique; mais il réussit aussi chez des sujets faibles.

Laennec a aussi essayé l'émétique à haute dose dans l'arachnitis aiguë, dans l'hydrocéphale, dans le catarrhe suffocant des adultes, dans l'œdème aigu du poumon, dans le tétanos idiopathique, dans la phlébite. Le rhumatisme articulaire aigu lui a paru, après la pneumonie, la maladie inflammatoire où ce moyen était le plus efficace. Il l'a aussi administré dans des ophthalmies et des angines graves. Il se proposait de le mettre en usage dans la gastro-entérite.

Les essais tentés depuis n'ont point rempli l'espoir que ceux de Laennec avaient inspiré, et ce moyen est aujourd'hui généralement abandonné.

Ce moyen reconnaît, même suivant lui, diverses contre-indications : la première est le défaut de tolérance; en second lieu, on voit quelques maladies, telles que la goutte, l'érysipèle, l'apoplexie et la plupart des maladies chroniques, dans lesquelles cette médication est infructueuse.

Laennec avait aussi essayé le kermès, le soufre doré d'antimoine, le nitre, l'antimoine diaphorétique à haute dose; mais il n'en avait pas obtenu des effets héroïques.

Médication révulsive.

Sait-on bien ce qu'on doit entendre par *révulsif?* Connaît-on aussi bien qu'on le prétend la manière d'agir des moyens qui portent ce nom? Les explications que l'on donne sont-elles fondées sur l'observation exacte et rigoureuse des faits, ou ne sont-elles que le résultat de spéculations purement théoriques? Jusqu'à quel point ces explications si claires, si satisfaisantes pour certaines gens, méritent-elles notre confiance? Lorsqu'on réfléchit au mystère dont la nature enveloppe ses actes, même les plus simples; lorsqu'on pense combien il est difficile de lui arracher le moindre de ses secrets, de la prendre sur le fait, on ne saurait être trop réservé dans les prétentions qu'on affecte d'avoir découvert les véritables procédés de ses opérations. On a vu que lorsque deux causes morbifiques avaient agi simultanément, l'une des deux parties lésées présentait un développement de phénomènes morbides proportionnés à l'énergie de la cause, tandis que l'autre ne présentait pendant ce temps aucun phénomène remarquable, et que ce n'était souvent que lorsque la première maladie avait parcouru toutes ses périodes, que la seconde manifestait sa souffrance par des phénomènes analogues (1). On a vu que dans une affection viscérale aiguë, s'il survenait, par une cause quelconque, dans une partie éloignée, à la peau, par exemple, une maladie nouvelle, la première perdait de son intensité. On a vu qu'en imitant, par certains moyens, les phénomènes naturels, on obtenait fréquemment les mêmes résultats; on a observé que ces résultats

(1) Hippocrate avait exposé déjà de son temps, dans un aphorisme très-remarquable, le principe sur lequel on a fondé la médication révulsive : « Duo ponôn ama ginoménôn mé kala ton auton topon, o sphodroteros amauroi ton éteron. »

étaient plus facilement obtenus dans quelques circonstances que dans d'autres, etc. On a conclu que, dans tous ces cas, la nature avait *détourné* sa marche et ses efforts pour les diriger vers d'autres parties; on a dit qu'il y avait eu *dérivation;* la maladie primitive ayant été, pour ainsi dire, *arrachée* de son siége pour être portée sur un autre, on a dit encore qu'il y avait eu *révulsion*, ce qui au fond veut dire la même chose, ou n'exprime guère que l'idée d'une force, d'une violence plus grande, et ce qui ne mérite guère les discussions scolastiques auxquelles on s'est livré à ce sujet.

On ne s'est pas borné à observer le fait, on a prétendu l'expliquer; on a prétendu avoir découvert comment, par quel mécanisme, il s'opérait. Un des effets les plus évidents de l'irritation, c'est d'appeler les fluides vers le point irrité : de là les phénomènes visibles de l'inflammation; mais il n'existe dans l'organisme qu'une somme de force, qu'une certaine quantité de fluides. Si donc, chez un individu malade, une cause irritante plus forte que la première est appliquée sur un point autre que celui déjà malade, elle appelle vers ce point les forces et les fluides que la nature dirigeait vers le premier; elle déplace la maladie. Nous ne pouvons disconvenir que cette explication ne soit spécieuse; mais est-elle bien certaine, bien évidente? Nous n'oserions l'affirmer. Qui sait, par exemple, si le moyen révulsif, ordinairement irritant, n'agit pas en excitant tous les mouvements organiques, en activant l'absorption interstitielle, en favorisant ainsi la résolution de l'organe enflammé? Nous n'avons aucune raison pour affirmer le contraire, et je pense que si, dans beaucoup de cas, il existe véritablement un effet dérivatif, dans un grand nombre d'autres il peut bien exister un effet excitant. Et remarquez que les révulsifs ne sont indiqués et ne sont véritablement utiles que lorsque les phénomènes généraux de réaction sont troublés et que l'individu se trouve dans un état d'hyposthénie.

Quoi qu'il en soit, l'effet des révulsifs est bien plus incertain que celui des moyens antiphlogistiques; et bien qu'on ne puisse pas affirmer mathématiquement quel sera le résultat d'un antiphlogistique, cependant on peut compter, d'une manière assez précise, sur celui que produira l'abstinence, le repos, un bain tiède, et surtout la saignée. Il n'en est pas de même du moyen révulsif; bien souvent il ne produit rien, sans qu'on sache à quoi attribuer cette nullité d'action. Bien souvent aussi il produit un effet inverse de celui qu'on se propose : circonstances qui diminuent beaucoup la confiance qu'on pourrait avoir sur leur manière d'agir. Toutefois, malgré cette incertitude, les révulsifs sont encore au nombre des moyens les plus énergiques et le plus souvent salutaires que nous possédions.

Pour assurer autant que possible leur action, il faut connaître et bien apprécier les circonstances qui peuvent en favoriser le succès, c'est-à-dire connaître les cas où ils conviennent, où ils réussissent ordinairement, et ceux où ils ne conviennent pas, et où ils sont inutiles et même nuisibles. Dans la division précédente nous avons, autant que possible, exposé ces circonstances; néanmoins nous devons ajouter ici que les révulsifs conviennent principalement lorsque les phénomènes généraux de réaction ont cessé ou du moins beaucoup diminué, que les forces des malades ne permettent pas de recourir à de nouvelles émissions sanguines, et que cependant les phénomènes locaux persistent à peu près au même degré, ou du moins ne diminuent pas en proportion. Cette règle générale n'est cependant pas sans exception. Nous savons qu'il est des cas qui réclament dès le principe les moyens dérivatifs; telles sont principalement les maladies aiguës de l'encéphale, ainsi que la syncope, l'asphyxie, etc., enfin toutes les maladies qui menacent d'une mort prompte; bien entendu qu'il faut en même temps combattre ces accidents par les saignées et les autres moyens indiqués. Nous avons dit aussi que les révulsifs pouvaient être convenables lorsqu'un exanthème, une hémorrhagie ou une phlegmasie quelconque avait disparu, et qu'il était survenu quelque affection viscérale; en un mot, lorsqu'il s'était formé une révulsion naturelle, de dehors en dedans, d'un organe moins important sur un organe plus important à la vie. Les révulsifs sont surtout utiles dans les maladies de long cours, lorsqu'il n'existe pas ou que très-peu de symptômes fébriles.

Les révulsifs peuvent être bons dans tous les âges; mais c'est principalement vers le déclin de la vie, lorsque l'irritabilité est amortie, lorsque tous les mouvements organiques sont ralentis, lorsque l'hématose, peu active, ordonne d'être avare du sang des malades, que les révulsifs peuvent convenir.

Le sexe apporte peu de différence dans l'utilité de ces moyens; il n'en est pas de même de la constitution. Nous avons vu qu'on devait les employer avec la plus grande réserve chez les personnes dont la constitution est caractérisée par la prédominance du système nerveux. En effet, ces moyens excitent souvent alors un trouble général, et principalement des accidents spasmodiques qui peuvent leur devenir funestes.

Il faut consulter quelquefois les habitudes des malades, leur goût ou leur répugnance; circonstances qui peuvent favoriser ou empêcher l'action de ces moyens.

Le lieu où l'on doit appliquer le révulsif n'est pas une chose indifférente. Faut-il l'appliquer toujours le plus près possible du mal, ou dans le lieu le plus éloigné? Est-il bien confirmé par l'expérience qu'il existe des régions qui sympathisent plus directement que les autres avec certains organes éloignés? Toutes ces questions sont loin d'être résolues d'une manière satisfaisante et incontestable. Voici les règles que l'on s'accorde assez généralement à suivre à cet égard, sans qu'on puisse se rendre bien rigoureusement raison du motif sur lequel on se fonde.

Dans les affections aiguës du cerveau qui réclament les révulsifs, telles que congestion, hémorrhagie, etc., on place les révulsifs aux extrémités inférieures; lorsqu'on peut croire que l'affection cérébrale est essentiellement chronique de sa nature, que l'on peut attribuer les phénomènes de compression à un épanchement de sérosité, il n'existe aucun inconvénient à placer le révulsif à la nuque et même sur le crâne.

Dans les maladies thoraciques, c'est au bras et sur le thorax lui-même qu'on applique ces moyens. Nous ferons ici une remarque touchant cette application sur la poitrine. C'est ordinairement dans les catarrhes, les pneumonies, les pleurésies, qu'on a recours à ces moyens; ces maladies surviennent en général pendant la saison rigoureuse, et sont le plus souvent causées par l'impression du froid. Si donc vous appliquez un vésicant sur la poitrine, n'exposez-vous pas la peau si sensible du tronc à l'impression du froid? Cette impression ne se renouvelle-t-elle pas à chaque pansement? Et ne pensez-vous pas que cette impression ne puisse être

plus funeste que le révulsif ne peut être utile? Par ces raisons, il conviendrait, je pense, de placer le vésicant aux jambes ou aux cuisses. Je n'ignore pas qu'on alléguera la grande raison des sympathies; mais je suis peu convaincu de ces sympathies, et je le suis très-fort du danger de l'impression du froid dans le cas qui nous occupe.

Dans les affections abdominales, on conseille l'application des révulsifs à la partie interne des cuisses : je pense qu'en effet cette application peut se faire dans cet endroit avec avantage; mais je dois dire ici que dans certaines entérites chroniques, avec épuisement des forces, j'ai fait appliquer avec succès un vésicatoire sur la paroi antérieure de l'abdomen : les accidents ont été presque aussitôt suspendus, et pour ne plus revenir.

On a donné aussi le conseil de n'employer que des révulsifs dont l'irritation fût supérieure à celle de la maladie qu'on veut combattre. Mais nous croyons ici que l'esprit de spéculation, bien plus que celui d'observation, a dicté ce précepte. Comment en effet mesurer ces deux actions? Tout ce que l'on peut dire à ce sujet, c'est qu'en général il faut appliquer des révulsifs d'une grande étendue, qui agissent sur une large surface. L'expérience a prononcé à cet égard.

Les révulsifs sont généralement contre-indiqués dans le principe des maladies aiguës, lorsqu'il existe un appareil fébrile considérable, lorsque le sujet est jeune et fort, lorsqu'il est irritable, lorsque la maladie occupe une grande étendue, etc.

L'action des différents révulsifs est certainement loin d'être la même dans tous. Une foule de moyens très-variés peuvent être employés dans l'intention de produire une révulsion : ces moyens agissent sur des organes différents et avec une énergie différente. Il est important de connaître ces différences, afin de pouvoir proportionner le remède au mal et obtenir l'effet le plus avantageux.

Le plus grand nombre agit sur la peau ou sur le tissu cellulaire sous-cutané; ce sont eux qui méritent principalement le nom de révulsifs; d'autres agissent sur la membrane muqueuse gastro-intestinale. On a mis aussi les émissions sanguines au rang des dérivatifs et même des diurétiques; on a mis encore parmi les dérivatifs les moyens relâchants. J'ai bien de la peine à adopter cette opinion et à regarder comme dérivatif un cataplasme émollient ou une fomentation de même nature. Si de tels moyens opèrent une dérivation, en relâchant la partie sur laquelle ils sont appliqués, en favorisant ainsi la perspiration dans cet endroit, je crois que cet effet est si faible, qu'à peine mérite-t-il d'être mentionné. De tels moyens acquièrent quelquefois une certaine activité, lorsque leur température est assez élevée pour rubéfier la peau; mais alors c'est le calorique qui agit, et non son véhicule.

D'après cela, nous ne regarderons comme véritablement révulsifs que des moyens plus ou moins irritants. Parmi ces moyens, les uns produisent une simple rubéfaction; d'autres, la vésication; d'autres, la suppuration du tissu cellulaire; enfin d'autres, des escharres gangréneuses. Il est évident que ces moyens ont une action plus ou moins énergique, et ne sauraient convenir dans les mêmes cas.

Les frictions constituent l'une des plus douces et des plus légères révulsions : on les opère avec la main nue ou au moyen d'une flanelle ou d'une brosse sèche ou imbibée de quelque liqueur aromatique. Au moyen de ces frictions, la peau se tuméfie légèrement, devient chaude, rouge, et la perspiration plus libre, plus abondante. Ces frictions sont principalement convenables dans les maladies chroniques peu profondes, dans les rhumatismes musculaires ou dans ceux des articulations, etc.

La peau veut être rubéfiée d'une manière plus énergique dans quelques circonstances précédemment indiquées. On se sert à cet effet de substances irritantes plus ou moins divisées, étendues d'eau ou concentrées, suivant l'action qu'on veut produire : la force du rubéfiant doit surtout être proportionnée à l'irritabilité du sujet. Les rubéfiants les plus usités sont : le calorique, les sinapismes, les bains de pieds sinapisés, les acides ou les alcalis étendus d'eau; la poix de Bourgogne est aussi employée assez fréquemment. On ne saurait croire combien il faut de prudence dans l'administration de ces moyens, si simples en apparence. L'on a vu les accidents les plus graves, la mort même, être la suite d'un rubéfiant trop actif ou trop prolongé.

Les rubéfiants, comme leur nom l'indique, agissent en déterminant une rougeur vive à la peau, suite de l'abord du sang appelé par la douleur qu'occasionne le moyen irritant; ils déterminent aussi un gonflement léger et une perspiration plus ou moins copieuse. Ces moyens conviennent éminemment dans les céphalalgies nerveuses, dans les congestions viscérales, dans les douleurs rhumatismales, et principalement lorsque l'action révulsive doit être promptement produite.

Les vésicants déterminent en outre l'apparition de phlyctènes, de vésicules; ils détachent l'épiderme, appellent les fluides qui s'épanchent entre cette membrane et le chorion. L'action de ces moyens est bien plus profonde et plus durable que celle des moyens précédents; mais elle est en même temps beaucoup plus lente.

La vésication se produit ordinairement à l'aide d'un emplâtre de poix saupoudré de cantharides ou d'un taffetas vésicant, dans lequel est incorporée la partie extractive de ce coléoptère. Ces vésicants ont le désavantage d'irriter fortement les voies urinaires; ils sont par conséquent contre-indiqués dans les maladies aiguës de ces organes. Dans les autres phlegmasies, ils ont aussi quelquefois l'inconvénient de produire une surirritation dangereuse, principalement des accidents nerveux. On s'oppose à ces effets en mettant sur l'emplâtre une certaine quantité de camphre en poudre.

Nous ne devons pas oublier de faire mention d'un moyen révulsif dont on se sert quelquefois avec efficacité dans les affections chroniques de l'estomac. Il consiste dans un mélange de tartre stibié et d'axonge (un gros sur huit); il détermine sur la région où on l'applique, au moyen de frictions répétées, et en laissant à chaque fois une certaine quantité du mélange, une éruption pustuleuse fort analogue à la variole; cette éruption se termine, comme une phlegmasie spontanée, vers la fin du premier ou dans le cours du second septenaire : cette pommade porte le nom d'Autenrieth.

Quels sont les cas où le vésicatoire doit être simplement volant, ne durer qu'un jour ou deux, et les cas où on doit le faire suppurer? Il est incontestable que la décision de cette question doit dépendre de l'effet qu'on veut obtenir. Un vésicatoire volant suffira lorsqu'il s'agira de combattre une maladie peu durable, qui n'aura pas jeté des racines profondes, mais il ne pourra suffire dans les maladies de long cours; dans celles qui sont très-opiniâtres, qui ont profondément désorganisé les parties. Ainsi le vésicatoire volant pourra suffira vers la fin des maladies aiguës, dans les douleurs rhumatismales, etc.; mais il conviendra de le faire

suppurer dans les phlegmasies anciennes de tous les viscères, dans les affections tuberculeuses du poumon; lorsqu'on voudra remplacer un autre écoulement habituel ou un exanthème chronique, etc.

Ces mêmes maladies réclament même souvent des révulsifs plus énergiques; le cautère, le séton, le moxa, sont fréquemment mis en usage. On les employait beaucoup plus autrefois qu'on ne le fait aujourd'hui, où l'on a acquis la triste conviction que ce n'était qu'un mal nouveau vainement ajouté au mal qui existe déjà. Il n'est, hélas! que trop vrai que, lorsque les maladies ont profondément altéré nos tissus, les moyens les plus violents ne peuvent plus arrêter les progrès de la destruction. Cependant cette douloureuse vérité n'est pas sans exception, et l'on a vu souvent des malheureux, qu'on désespérait de sauver, revenir, comme par enchantement, des bords de la tombe, par l'effet de ces moyens. Dès lors, qui ne voudrait tenter un remède, même douteux, dont il peut résulter un si merveilleux succès? Il est d'ailleurs des cas où l'expérience a confirmé le pouvoir de ces agents thérapeutiques: dans le mal vertébral, dit de Pott, les moxas réitérés et profonds ont quelquefois suspendu la marche du mal destructeur. Il en existe, à notre connaissance, un fait très remarquable.

Toutes les fois donc que le mal sera durable, opiniâtre, ancien, rebelle, le cautère, le séton, le moxa, devront être employés. Ce n'est plus seulement sur la peau que ces moyens agissent, c'est profondément, sur le tissu cellulaire sous-cutané, quelquefois jusques sur les muscles, qu'ils portent leur action; une suppuration habituelle s'établit dans cet endroit, la révulsion qui en résulte peut suspendre, arrêter, et même, dans certains cas, fait rétrograder le mal qui exige un semblable exutoire.

Lorsqu'on veut en même temps produire une action vive, énergique et profonde, on peut recourir à l'eau bouillante, ou à la pommade ammoniacale de Gondret. La douleur violente qu'occasione la première peut avoir les résultats les plus inespérés. Je connais un jeune médecin qui a sauvé sa mère par l'emploi hardi de ce moyen. Cette dame était à l'agonie d'une inflammation des méninges; elle avait la peau froide, le pouls insensible, la face cadavéreuse. Dans son désespoir, ce jeune homme prit un vase contenant de l'eau bouillante, en répandit sur la partie interne des cuisses, produisit ainsi non-seulement des phlyctènes, mais même des escharres profondes; à sa grande satisfaction, la maladie fut jugée. La malade reprit connaissance, et tous les symptômes se dissipèrent peu à peu. La convalescence fut longue et pénible. La malade a survécu un grand nombre d'années.

Lorsqu'on veut produire une révulsion sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, on se sert des vomitifs ou des purgatifs; quelquefois on cherche à produire une révulsion par les sueurs ou par les apéritifs. Nous parlerons de ces diverses médications en traitant des spécialités.

Médication tonique, fortifiante.

Pour que la résolution des maladies s'opère, avons-nous dit, un certain degré de forces est nécessaire à l'individu; lorsque ce degré de forces est trop considérable, on doit le diminuer; lorsqu'il est trop faible, il faut l'augmenter. Je passe à dessein sous silence les cas où, ce degré n'étant ni trop bas ni trop élevé, le rôle du médecin se borne à éloigner les causes qui peuvent entraver la marche des maladies.

Nous avons exposé la manière d'obtenir le premier résultat, nous allons, dans ce paragraphe, nous occuper de la manière d'arriver au second.

Affaiblir le malade est généralement une chose facile, qu'on obtient par des moyens nombreux, et dont l'effet est aussi assuré que possible. Il serait à souhaiter qu'on pût de même relever les forces abattues. Ce n'est pas que la nomenclature de médicaments toniques, fortifiants, stimulants, etc., soit peu nombreuse, peut-être même ne l'est-elle que trop; mais ces moyens n'atteignent pas leur but avec la même certitude, et leur manière d'agir échappe presque entièrement à nos raisonnements.

Parmi les moyens qui nous servent à relever les forces, il en est qui produisent cet effet sans exciter beaucoup les différents actes de l'organisme, et surtout l'innervation et la circulation, et dont l'action est permanente: ce sont les *toniques* proprement dits, les *fortifiants* fixes. Il en est, au contraire, qui stimulent tous les organes, tous les appareils, par l'entremise de la circulation et de l'innervation: ce sont les *stimulants*. Enfin, on a encore distingué une troisième espèce de toniques, dont l'action est plus vive, plus forte, plus rapide encore que celle des stimulants: ce sont les stimulants *diffusibles*.

Je ne pense pas qu'il soit fort convenable de conserver ces distinctions, et de faire des classes, des divisions pour des degrés d'une même action, car je veux bien qu'on distingue un tonique fixe d'un stimulant; mais je ne vois pas trop la nécessité de conserver une classe de stimulants diffusibles. Les différences qui séparent ces deux ordres de moyens thérapeutiques ne me paraissent pas assez tranchées.

On a dit, par exemple, que les excitants et les diffusibles avaient une origine différente; que les uns étaient toujours un produit de l'art, les autres des substances naturelles; mais, de bonne foi, est-ce là une différence importante? que les diffusibles étaient toujours, à l'état liquide, très-volatils; les excitants, en général, solides et beaucoup moins volatils que les diffusibles, qui agissent avec plus d'énergie et de promptitude, provoquaient des phénomènes sympathiques plus rapides, plus généraux et plus prononcés que ceux que font naître les excitants; que ceux-ci agissaient moins énergiquement, moins promptement, mais aussi d'une manière plus durable que ceux-là; que les diffusibles exerçaient une influence bien plus puissante sur le système nerveux; qu'ils provoquaient des congestions cérébrales, des tremblements, le délire, l'ivresse; phénomènes que les excitants ne produisaient presque jamais. Mais ces divers modes d'action établissent-ils une autre différence que celle du plus au moins, et justifient-ils les distinctions admises? Telle n'est pas notre opinion; autant vaudrait établir plusieurs classes de toniques, parce que le quinquina est plus énergique que l'angusture.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'indication de relever les forces existe, et qu'elle a été bien saisie, bien appréciée, on la remplit à l'aide de plusieurs moyens, les toniques fixes et les stimulants.

On range au nombre des toniques proprement dits les substances qui contiennent un principe amer: l'acide gallique et le tannin ont été regardés aussi comme produisant la médication dont nous nous occupons; cependant ces dernières substances sont plus particulièrement astringentes; elles doivent entrer pour une faible proportion dans les substances toniques. L'extractif amer paraît en former la base principale. On s'accorde à mettre dans cette classe la gentiane, la petite centaurée, le ménian-

the, l'aunée, le chardon-béni, la chaussetrape, la bardane, la chicorée sauvage, le pissenlit, le quassia, le simarouba, le quinquina, la garance, le saule, le chêne, le houblon, la fumeterre, la patience, le colombo, la pareira brava, le marronier d'Inde, le lichen d'Islande, le fer et ses diverses préparations, les eaux ferrugineuses minérales, les bains froids, les bains d'eau de mer, etc.

Dans l'état sain, ces diverses substances ne produisent que des changements peu appréciables; elles augmentent seulement l'action des organes, et cette augmentation est même si légère, qu'elle est à peine sensible. Dans l'état pathologique, leur action n'est pas la même. Dans la faiblesse réelle, ou dans la faiblesse apparente, dans la concentration des forces, dont nous avons exposé les divers caractères; dans ce dernier cas, elles ne peuvent qu'aggraver les accidents.

Lorsqu'on a dit que pour reconnaître l'action d'un médicament, il fallait d'abord l'employer sur un individu dont l'estomac fût dans l'état normal, on a dit une chose juste dans quelques circonstances, mais fausse dans la majorité des cas. La plupart des médicaments qu'on administre très-étendus produisent peu d'effet dans l'état sain; et ce serait s'exposer à d'étranges mécomptes si l'on se conduisait d'après ces errements dans l'état pathologique. Que peuvent faire deux gros de quinquina infusés dans une pinte d'eau? Croit-on qu'une pincée de mélisse ou d'hyssope, dans la même quantité de véhicule, soit un tonique bien énergique pour l'individu qui boit tous les jours du vin pur, des liqueurs alcoholiques et du café, sans en éprouver des effets bien manifestes? C'est donc, dans bien des cas, une précaution inutile, et qui même peut conduire à des conséquences funestes. Toutefois nous ne prétendons pas la rejeter absolument; nous pensons qu'il peut être prudent de tenter ces essais dans quelques circonstances; mais nous croyons qu'on a exagéré l'utilité de ce précepte, et qu'on l'a énoncé d'une manière trop emphatique, en disant qu'on le devait *au génie de M****: d'abord, parce que ce n'est pas un trait de *génie;* en second lieu, qu'il date d'une époque un peu plus ancienne qu'on ne l'a prétendu.

Si les toniques sont donnés à un individu déjà fort, robuste, et atteint d'une affection hypersthénique, il n'en est plus ainsi; alors leurs effets sont très-prononcés. Les phénomènes locaux et généraux augmentent manifestement d'intensité, de violence; les douleurs locales deviennent intolérables; les fonctions des organes lésés sont de plus en plus entravées; le visage se colore, les yeux s'animent, l'haleine devient brûlante, la peau chaude, sèche, âcre, mordicante ou halitueuse; le pouls fort, dur, fréquent; les artères carotides et temporales battent avec énergie; la soif est ardente, les urines rares et rouges, etc. A cet appareil de force succède bientôt une série de phénomènes opposés : la face s'altère, devient livide, violette; les yeux s'éteignent, les dépressions et les saillies se prononcent; le décubitus a lieu sur le dos; la peau devient froide, le pouls serré, concentré; la langue noire et sèche; la respiration gênée; les selles et les urines difficiles ou involontaires, etc.; en un mot, il survient une véritable concentration de forces, et le malade succombe.

Administrés, au contraire, à un individu qui se trouve au-dessous du degré de forces nécessaires à la résolution, on observe une série de phénomènes absolument inverses, c'est-à-dire qu'on peut renverser l'ordre de la description précédente pour avoir un tableau exact de ce qui se passe dans ce cas. Les tissus, relâchés et affaiblis, prennent de la force et de la densité, et les actes organiques s'exécutent avec une énergie nouvelle.

Maintenant, comment s'opèrent ces effets thérapeutiques? Les molécules des médicaments se bornent-elles à agir sur la membrane muqueuse des intestins? et de là cette influence se fait-elle sentir, par *sympathie*, sur tout l'organisme? Les organes, liés entre eux d'une manière si intime que l'un ne peut être altéré sans que les autres participent à cette altération, comme les rouages d'une machine compliquée, dont un seul ne peut être altéré sans que le mouvement général ne soit perverti ou suspendu, participent-ils de la même manière au bon état de l'un d'entre eux? ou bien les molécules médicamenteuses, portées dans le torrent de la circulation, vont-elles, sans subir d'altération préalable par la digestion, porter leur influence directement sur tous les organes, et en même temps vers l'organe malade? Ici s'ouvre le vaste champ des conjectures, et nous nous garderons bien d'y entrer. Bornons-nous à raconter ce que nous apprend une observation rigoureuse. Disons cependant qu'on a retrouvé les principes toniques dans le sang et dans les matières sécrétées et excrétées, ce qui rend probable leur action immédiate.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on a introduit dans l'organisme une certaine dose de substance tonique, voici ce qu'on observe :

La substance médicinale agit sur l'organe où elle est d'abord appliquée; elle détermine des mutations locales, et bientôt elle fait naître des modifications générales dans tous les mouvements organiques. Quel que soit l'organe sur lequel le tonique agit directement, on croit généralement qu'il en resserre le tissu, le rend plus ferme, plus dense, plus capable d'exécuter des mouvements forts et durables; mais nous croyons que ce ne sont là que des conjectures qu'on ne démontre pas par des expériences directes, ou tout au plus des probabilités. Il est cependant vrai de dire qu'en général les tissus sur lesquels on applique les toniques pâlissent et diminuent d'abord le volume, ce qui semblerait prouver qu'ils rétrécissent les vaisseaux capillaires, empêchent l'abord du sang et resserrent les tissus. Une chose non moins digne de remarque, c'est qu'on a trouvé le diamètre des intestins diminué, mais leurs parois denses et épaissies, chez les individus qui avaient fait un long usage des toniques.

Lorsque l'estomac et les intestins se trouvent dans une véritable inertie, lorsque ces organes remplissent leurs fonctions d'une manière languissante, les toniques dissipent bientôt cette faiblesse; l'estomac recouvre son activité, qui se fait reconnaître par l'augmentation de la faim, la promptitude des digestions et leurs bons résultats. Les excrétions alvines sont ordinairement difficiles, les fèces peu abondantes; dans quelques circonstances, plus copieuses et plus liquides qu'à l'ordinaire. L'emploi des toniques développe quelquefois un sentiment de chaleur à l'épigastre, et même un sentiment d'oppression et d'anxiété dans cette région. N'auraient-ils pas alors une action vraiment irritante?

Les contractios du cœur augmentent sensiblement de force; l'impulsion du ventricule gauche soulève l'oreille de l'observateur d'une manière plus manifeste; le pouls est plus dur, mais il n'augmente pas de fréquence. Il peut même arriver qu'il devienne plus lent, si la fréquence des pulsations

est due, ainsi que nous l'avons prouvé précédemment, à une faiblesse réelle.

L'action des toniques se fait aussi sentir sur le système capillaire, dont ils accroissent évidemment l'action. Cet effet des toniques, sur les vaisseaux dont nous parlons, se manifeste de plusieurs manières. Si la personne qui en fait usage est jeune et robuste, on verra survenir des symptômes de congestion, d'inflammation même sur divers organes, et quelquefois des hémorrhagies; si elle est faible, douée de peu de ressort, pâle, étiolée; si la menstruation ne peut s'effectuer par ses causes, les toniques, en élevant le système circulatoire au degré d'énergie, feront cesser la dysménorrhée, et rétabliront l'écoulement périodique dans l'état normal. Qu'une hémorrhagie, au contraire, ait lieu par la laxité des vaisseaux, par l'atonie générale de l'individu, les toniques, en ramenant l'organisme vers le type convenable, suspendront le flux sanguin.

Le sang lui-même est évidemment modifié par l'usage des médicaments toniques; il devient plus vermeil, plus rouge, plus consistant; il se concrète avec promptitude, et n'offre que peu de sérosité. Aussi voit-on se développer bientôt tous les caractères de la polyæmie.

La même influence s'exerce sur la respiration, cet acte organique ne devient pas plus fréquent; mais si les puissances inspiratrices chargées de l'exécuter ne remplissaient que péniblement leur ministère, et cela par un affaiblissement plus ou moins profond, alors, reprenant leur énergie naturelle, elles exécutent leurs fonctions avec aisance et liberté. Il n'est pas hors de vraisemblance non plus que l'hématose pulmonaire ne s'exécute aussi d'une manière plus satisfaisante.

Les diverses espèces d'absorption ne sauraient rester étrangères à l'action des médicaments dont nous parlons. Il est très-vraisemblable que celle qui a lieu sur la surface des membranes muqueuses digestives augmente d'activité, puisque les selles sont plus difficiles et les matières alvines plus sèches et plus denses. Mais ce qui nous importe le plus, c'est l'augmentation de l'absorption interstitielle, fonction si intéressante pour la résolution des maladies; or il est incontestable que cette fonction augmente d'énergie, puisqu'on voit les maladies se résoudre avec promptitude sous l'influence de cette médication, lorsqu'elle est provoquée dans les circonstances convenables. Nous avons publié, dans le nouveau Journal de médecine, une série d'observations de phlegmasies adynamiques, dont le quinquina favorisa la résolution. Comment aurait-il opéré cet effet sans activer l'absorption interstitielle qui languissait dans l'atonie?

Les exhalations et les sécrétions sont diversement modifiées par les toniques, suivant l'état où se trouvent les organes exhalants ou sécrétoires, au moment où l'on administre ces agents thérapeutiques. Les exhalations et les sécrétions sont, en général, diminuées par l'usage des fortifiants. Cependant, si un organe glanduleux avait cessé son élaboration par l'effet d'une faiblesse directe, l'action de la substance tonique, en lui restituant son énergie normale, rétablirait en même temps la sécrétion dans son type naturel.

Si les toniques favorisent les actes des organes de la vie individuelle dont nous venons de parler, la nutrition, qui en est la fin, le dernier résultat, doit en recevoir aussi une influence salutaire. C'est en effet ce que l'observation démontre, non que l'embonpoint s'en ressente bien sensiblement; mais on peut s'en apercevoir à la consistance, à la fermeté des chairs et à la brillante couleur de la peau.

Les fonctions encéphaliques ne participent que secondairement à l'augmentation générale des forces; les sens deviennent susceptibles de soutenir un exercice plus long et plus pénible; l'intelligence peut s'exercer plus long-temps; l'attention se fixe plus fortement sur des sujets arides; la mémoire rappelle plus nettement les objets, etc. Mais de tous les actes cérébraux, celui qui se ressent le plus directement de l'action des toniques, c'est la locomotion : avant leur emploi, à peine l'individu pouvait-il supporter le plus léger mouvement; maintenant il peut se livrer à l'exercice le plus prolongé, le plus violent. Il éprouve un sentiment de bien-être et de force qui a remplacé le malaise général et les lassitudes spontanées, sous le poids desquels il était constamment abattu.

Les stimulants ont une autre manière d'agir. Ils excitent des mouvements organiques plus rapides et plus forts, mais moins durables. Les principes qui entrent dans leur composition, et qui semblent les plus actifs, sont en même temps différents. La plupart des substances de cette classe contiennent une huile essentielle volatile, de la résine, de la gomme-résine, etc.

Les végétaux sont surtout riches en principes de ce genre. Des familles entières contiennent en abondance de l'huile essentielle; ainsi la plupart des labiées, beaucoup de composées, d'ombellifères, etc., en sont pour ainsi dire saturées, et jouissent à un haut degré de la puissance stimulante. La sauge, le romarin, la menthe, la mélisse, l'hyssope, la lavande, le thym, le serpolet, le lierre terrestre, la marjolaine, le marrube blanc, la germandrée, le scordium, le chamédrys, l'absinthe, l'armoise, la tanaisie, la camomille, la pyrèthre, la matricaire, l'angélique, le cerfeuil, l'anis, le fenouil, la coriandre, l'assa-fœtida, la gomme ammoniaque, le galbanum, l'opoponax, le raifort, le cresson, le cochléaria, l'érisimum, la moutarde, l'ail, la cannelle, le laurier, la muscade, le girofle, la vanille, le poivre, le gingembre, la badiane, les feuilles, les fleurs d'oranger, l'écorce du fruit, le camphre, les baumes, la valériane, la serpentaire de Virginie, l'aristoloche, la cascarille, le genièvre, la sabine, l'oliban, la térébenthine, le baume de Tolu, de la Mecque, la résine élémi, le mastic, le baume de Copahu, du Pérou, le benjoin, le storax, le gaïac, la rhue, le roseau aromatique, la myrrhe, le musc, le castoréum, l'ambre gris; les sels ammoniacaux, le soufre et quelques-unes de ses préparations, et beaucoup d'autres substances que nous omettons volontairement, sont le plus fréquemment mises en usage pour produire la médication stimulante.

Quelques-unes d'entre ces substances semblent exercer une action plus speciale sur certains organes. Nous aurons occasion de revenir bientôt sur ce sujet.

Dans l'état de santé, ces médicaments produisent peu d'effet, à moins qu'ils ne soient donnés à des doses très-élevées, ou dans un état de grande concentration. Que voulez-vous en effet que produise un gros de mélisse infusé dans une pinte d'eau bouillante? Dans l'état morbide, au contraire, cette action devient très-sensible. Ce ne serait pas impunément qu'on administrerait cette infusion dans un cas de gastro-entérite, de pneumonie, d'encéphalite avec hypersthénie. Comme dans la médication précédente, et plus promptement encore l'augmentation des accidents se manifesterait pour être bientôt sui-

vie d'une concentration des forces rebelle à tous les secours, et la mort ne tarderait pas à frapper le malade. Il importe donc de bien discerner les cas où cette médication peut être utile.

Lorsqu'un individu vieux, peu irritable, dont les actes organiques sont languissants, est atteint d'une affection chronique qui a miné ses forces, anéanti pour ainsi dire la faculté d'agir, alors on peut sans crainte avoir recours à cette espèce de médication. Hors ces cas, ou des cas analogues, elle peut être funeste.

Lorsque la médication stimulante est le mieux indiquée, rien n'est moins sûr encore que ses effets. Les cas où elle peut être nécessaire étant ceux d'une altération profonde de tout l'organisme, d'un abattement, d'un épuisement véritable, il y a peu d'espoir à fonder sur l'administration des moyens excitants; aussi les voyons-nous rarement réussir, et c'est déjà un véritable malheur que d'être obligé de recourir à leur usage.

Quoi qu'il en soit, voici la manière dont ils paraissent agir. Introduit dans les organes digestifs, l'excitant, en vertu de sa composition chimique, y détermine une véritable irritation, qui semble réveiller l'action du ventricule; il y détermine une chaleur sensible qui occupe toute la région épigastrique; la faim se fait sentir plus impérieusement, et surtout la soif; la digestion stomacale est plus rapide et plus prompte; il est vraisemblable que les fluides arrivent dans l'estomac en plus grande abondance que dans l'état normal. Lorsqu'on examine l'estomac d'un individu qui a succombé peu de temps après avoir pris une substance stimulante, la membrane muqueuse est rosée, rouge, gonflée; elle présente un véritable état inflammatoire. Cet état seul expliquerait assez comment les autres actes fonctionnels redoublent de vitesse et d'énergie sous l'influence de cette médication; mais il est une autre raison plus puissante et plus facile à comprendre : il est prouvé que les molécules volatiles sont saisies par les vaisseaux absorbants et portées dans le sang, qui, à son tour, les charrie vers tous les points de l'organisme. Or, l'effet local que nous venons de voir se produire dans le ventricule, se produit de même dans tout l'organisme, au moyen de ce transport, pour ainsi dire mécanique, du principe stimulant.

A une haute dose, ou plutôt à un degré de forte concentration, les stimulants peuvent agir comme de véritables toxiques, en produisant l'inflammation de l'estomac et des intestins. Leur usage intempestif et long-temps continué fait naître inévitablement l'inflammation chronique de ces organes; leur dégénérescence squirrheuse détruit pour toujours la santé des individus, et les conduit à une mort inévitable.

On doit concevoir qu'après l'appareil digestif celui qui reçoit l'influence la plus puissante des agents dont nous parlons, ce doit être l'appareil circulatoire. En effet, les principes actifs qui entrent dans leur composition, absorbés ainsi que nous l'avons dit, vont stimuler le cœur, qui redouble de vitesse et de force. Ses battements se multiplient et deviennent bien plus sensibles; l'impulsion qu'ils communiquent aux parois thoraciques, soulève l'oreille de l'observateur. Une plus grande abondance de sang paraît projetée à chaque systole dans les artères; les pulsations de celles-ci sont plus fortes, plus développées, plus fréquentes; le système capillaire, quoique jusqu'à un certain point indépendant de la circulation générale, ne peut rester étranger à cet accroissement d'action. Aussi la peau se colore-t-elle, le teint est vif et animé; la perspiration augmente, ainsi que les diverses sécrétions et exhalations; il se manifeste souvent des hémorrhagies, les menstrues suspendues reparaissent, ce qui prouve que ce système a véritablement augmenté d'énergie avec les autres parties de l'appareil circulatoire; les veines se gonflent manifestement. Enfin on observe une espèce de pléthore, ou, pour mieux dire, une espèce de fièvre physiologique, s'il est permis de s'exprimer ainsi.

Il est impossible que la circulation soit à ce point suractivée, sans que la respiration, qui offre avec elle tant de connexion, ne participe à cette surexcitation; aussi ses mouvements deviennent-ils plus faciles et plus forts, toutefois dans l'hypothèse dont nous avons parlé. Mais ce qui augmente principalement dans la respiration, ce sont l'exhalation et la perspiration pulmonaires. Chez les vieillards, dont l'expectoration se fait difficilement, rien n'est plus propre à favoriser cette fonction que l'usage de quelques-unes des substances que nous avons énumérées; mais il en est quelques-unes, dont nous parlerons, qui jouissent plus particulièrement de cette propriété. Il est aussi très-vraisemblable que sous l'influence de cette médication l'hématose s'opère plus facilement et avec plus de rapidité; qu'enfin tous les actes qui concourent à la respiration, qui composent par leur ensemble cette fonction, acquièrent plus de force, de rapidité, de perfection.

Mais si la digestion, la circulation, la respiration, sont plus actives, une conséquence pour ainsi dire rigoureuse exige que les autres mouvements organiques participent à cet accroissement d'énergie. Aussi le sang abordant en plus grande quantité, et par des mouvements plus rapides, sur les organes sécréteurs, leur apporte des matériaux plus abondants de sécrétions, et fournit ainsi à une élaboration plus copieuse. Cette influence peut se faire sentir sur tous les organes sécréteurs à la fois, ou spécialement sur quelques-uns. On reconnaît encore facilement que les médicaments stimulants augmentent les exhalations par l'abondance de la perspiration qui se manifeste fréquemment à la suite de leur administration; souvent aussi ils rendent les selles liquides, et surtout ils provoquent, ainsi que nous l'avons dit tout-à-l'heure, l'exhalation pulmonaire.

Mais où sont pris les matériaux qui fournissent à des dépenses si abondantes? L'individu n'introduit la plupart du temps qu'une faible dose de matières alimentaires; le véhicule seul de ces agents pharmaceutiques est porté avec eux dans l'organisme, mais il ne peut suffire à toutes ces pertes. Ce ne peut donc qu'être aux dépens des organes eux-mêmes que s'opèrent toutes ces sécrétions, toutes ces exhalations; mais pour cela il est nécessaire que les vaisseaux auxquels est confiée l'absorption augmentent aussi d'activité. C'est ce qu'on ne saurait contester, et c'est ce qui explique l'utilité de cette médication dans les engorgements chroniques, dans les infiltrations, les hydropisies chez les sujets vraiment faibles, chez lesquels les mouvements organiques sont frappés d'inertie et de langueur. Par une conséquence naturelle et rigoureuse qui découle des considérations précédentes, les mouvements de composition et de décomposition étant très-rapides, il s'ensuivra que la nutrition devra être active; mais le surcroît d'énergie qu'elle acquerra ne se manifestera pas par l'augmentation de l'embonpoint.

L'encéphale ne saurait rester étranger à cette

surexcitation générale, et c'est principalement d'après ses actes qu'on peut juger l'action des substances stimulantes. Les sens acquièrent plus de finesse et d'excitabilité; ils sont plus prompts à recevoir les impressions extérieures; les fonctions intellectuelles, auparavant faibles et languissantes, se font remarquer par leur force et leur activité; les idées accourent en foule, l'expression abonde pour les transmettre; la mémoire est plus fidèle, plus sûre; l'imagination, plus riche, plus brillante, plus animée, semble redoubler d'énergie sous l'influence des principes stimulants que le sang apporte à l'encéphale. Si les substances excitantes sont données à trop fortes doses, des bouffées de chaleur à la face, des vertiges, des étourdissements, des éblouissements, des tintements d'oreilles, etc., décèlent la polyæmie, la congestion cérébrale, qu'elles ne tardent pas à développer. Parmi les agents de cette classe, il en est d'ailleurs, tels que le thé, le café, etc., qui semblent agir d'une manière particulière sur les organes de l'innervation.

Le sommeil se ressent fortement de cette espèce de médication : il est ordinairement léger, agité, peu réparateur, et quelquefois il fuit entièrement les paupières; il existe une complète insomnie.

En portant leur influence sur la portion de l'encéphale qui préside aux mouvements, les agents dont nous parlons sollicitent et réveillent son action. Il faut tenir compte aussi de l'effet des excitants sur le tissu même des muscles; de ses diverses stimulations il résulte pour l'individu un sentiment de force et d'alacrité, un désir de s'exercer, de se mouvoir, et une puissance inaccoutumée de produire et de soutenir des mouvements et des efforts dont il ne serait nullement capable dans son état ordinaire.

Mais cette espèce d'orgasme général ne peut durer long-temps. Il cesse dès que les principes stimulants sont éliminés de l'organisme, par les exhalations et les sécrétions; ils se reproduisent difficilement par les mêmes causes. L'irritabilité générale diminue; on est alors obligé d'augmenter les doses de ces agents thérapeutiques, si l'on veut soutenir les mêmes effets.

Bientôt les forces s'épuisent, le collapsus se manifeste, comme il arrive toujours à la suite d'un surcroît d'action, et cette vitalité factice est bientôt remplacée par un épuisement véritable, profond et irrémédiable. Je mets ici de côté toutes les irritations locales, aiguës ou chroniques, qui peuvent se développer pendant l'usage abusif de ces puissances pharmaceutiques. Voilà ce qui doit rendre réservé sur l'emploi de ces moyens.

Si nous parlons ici de la médication diffusible, c'est plutôt pour n'être pas taxé d'omission, qu'à cause de son importance réelle. Nous sommes convaincu, et nous avons exposé les motifs de notre manière de voir, qu'il existe une trop légère différence entre les moyens excitants, stimulants, et les diffusibles, pour que ceux-ci méritent de former une section particulière. On doit seulement se borner à faire mention de la légère différence qui existe dans leur manière d'agir.

Les moyens diffusibles sont en petit nombre. Le vin, l'alcohol, l'éther, possèdent à peu près seuls cette propriété. On a remarqué qu'ils étaient toujours un produit de l'art, qu'ils étaient à l'état liquide, etc.; toutes différences que nous avons jugées peu dignes de considération.

Les diffusibles produisent les mêmes effets que les excitants, et pour cela nous nous abstiendrons de les exposer de nouveau; mais ils produisent ces effets avec beaucoup plus de promptitude et de rapidité : ce qui tient sans doute à leur composition. A peine un diffusible est-il introduit dans l'économie animale que l'individu éprouve les modifications organiques et fonctionnelles que les excitants ne produisent que beaucoup plus tard. L'effet de ces substances sur l'encéphale est même digne de remarque; on croirait presque qu'il est le résultat d'une action électrique. Il est très-vraisemblable que la première influence des substances diffusibles s'exerce sur les organes de l'innervation, et que, par l'intermède des nerfs, elle est portée instantanément sur l'encéphale, qui en reçoit la commotion. Si cet effet était produit par la voie de la circulation, il serait sans doute beaucoup plus lent à se manifester. Cette promptitude d'action est donc une des principales différences qui séparent les diffusibles d'avec les excitants; mais bientôt ils sont eux-mêmes absorbés, ils passent dans la circulation, et vont, d'une manière immédiate, stimuler tous les organes, et l'encéphale en particulier. Il est incontestable qu'on rencontre l'alcohol dans le sang des personnes qui en ont pris une certaine quantité.

Mais si l'action des diffusibles est prompte et énergique, elle est aussi très-fugitive. Les principes qui produisent cette indication étant très-fugaces, très-volatils, ils sont promptement éliminés par les divers émonctoires, et dès lors leurs effets cessent plus ou moins complètement. Lorsque l'usage de ces substances est fréquemment réitéré, il survient une faiblesse générale très-remarquable, des tremblements dans tous les membres, et autres accidents qui décèlent leur profonde influence sur l'organisme, et sur le système nerveux en particulier.

C'est aussi cette action particulière sur le système nerveux qui distingue les diffusibles des autres substances, et il est impossible de la révoquer en doute, puisqu'elle se manifeste par l'ivresse que peu d'autres substances produisent. La faculté qu'elles ont d'enivrer est donc une propriété particulière aux substances diffusibles.

Cette action, que ces médicaments exercent sur l'encéphale, les a fait considérer comme des moyens *antispasmodiques*, et nous les fait regarder comme de véritables moyens empiriques. Jusqu'à ce qu'on ait déterminé de quoi dépendent les spasmes, et dans quelles circonstances les diffusibles les font cesser, il pourra être très-dangereux d'adopter de semblables dénominations. Si les *spasmes* dépendaient d'une cause unique; si c'était réellement toujours la *faiblesse* des organes de l'innervation qui produisît les spasmes, on pourrait croire que les diffusibles sont de véritables *antispasmodiques*. Mais on sait que dans les cas d'inflammation violente, chez des individus très-irritables, il survient aussi des *spasmes* : que feront alors les *diffusibles*, sinon produire les accidents les plus graves et même la mort? Rien ne prouve mieux ce que nous avançons que la diversité des prétendus moyens *antispasmodiques*. N'a-t-on pas dit que les bains tièdes étaient aussi un excellent antispasmodique? Ne sait-on pas que la saignée peut être aussi un excellent antispasmodique? Que feront les diffusibles dans les cas où les bains et la saignée sont d'excellents antispasmodiques? seront-ils aussi d'excellents antispasmodiques? Des moyens si opposés peuvent-ils, dans le même cas, avoir les mêmes effets? Concluons encore que la thérapeutique est dans la science des indications.

L'action directe des diffusibles sur l'encéphale échappe à nos explications, mais elle ne saurait

être contestée. Il ne reste plus qu'à déterminer d'une manière plus rigoureuse les circonstances où il peut être utile de les mettre à profit. Je pense que ce doit être dans les cas d'une véritable hyposthénie, dont nous avons exposé les caractères.

Quelques substances excitantes se rapprochent beaucoup des diffusibles : ce sont la térébenthine, la muscade, la vanille, le girofle, la plupart des huiles essentielles.

Quelques-unes de ces substances produisent même l'ivresse ; on les a aussi regardées comme de véritables antispasmodiques.

Médication spéciale.

Pour peu qu'on cherche la vérité avec bonne foi et impartialité, il est impossible de ne pas reconnaître qu'il existe des substances qui portent une action spéciale, particulière sur certains organes de l'économie animale. L'esprit de système le plus aveugle, les yeux les plus fascinés par l'enthousiasme, ont seuls pu refuser d'admettre ces faits incontestables. Mais ici le flambeau de la raison cesse de nous éclairer ; nous sommes obligés de nous en rapporter à l'expérience, et réduits à déplorer les bornes de l'intelligence humaine. Comment, par quelle extraordinaire propriété telle substance, introduite dans l'organisme, va-t-elle solliciter l'action ou l'inaction de telle partie ou de telle autre? Voilà ce qu'il nous est impossible de pénétrer, voilà ce qui sera probablement long-temps encore dérobé à nos connaissances, et voilà cependant ce que des expériences journalières démontrent de la manière la plus irrécusable! Encore si nous pouvions au juste nous rendre compte de la nature des modifications produites par ces agents, tout en ignorant pourquoi et comment elles sont produites, nous pourrions plus sûrement les faire tourner à l'avantage de l'humanité ; mais l'obscurité qui couvre tous ces phénomènes répand je ne sais quelle incertitude sur leurs effets probables, qui nous arrête toujours lorsque nous voulons recourir à ces moyens, et semble nous dire que nous n'agissons que d'après les chances douteuses et vaines du hasard.

Il est cependant bien certain que les émétiques font vomir, que les purgatifs déterminent les évacuations alvines, que les diurétiques provoquent la sécrétion urinaire, que l'opium appelle le sommeil que chasse le café, etc., etc. ; et pourtant, lorsque nous prescrivons ces substances, avons-nous la même sécurité sur leurs résultats que lorsque nous prescrivons l'abstinence et les boissons délayantes ? Tout médecin qui ne se laisse pas entraîner par la routine et par l'empirisme, qui cultive son art avec quelque philosophie, n'hésitera pas à répondre par la négative.

Je vais plus loin, et je ne balance pas à dire que, bien que dans certaines maladies, telles que les fièvres intermittentes, les médicaments jouissent des propriétés les plus héroïques, les plus infaillibles, l'esprit n'en éprouve pas moins quelque chose de pénible lorsqu'on vient à penser que ces maladies sont les plus inconnues dans leur nature, et que ces médicaments agissent en vertu d'une puissance entièrement occulte. Toutefois, il est satisfaisant pour l'humanité que le résultat en soit aussi sûr, et il serait bien à désirer que nous eussions en notre pouvoir beaucoup de moyens de ce genre.

L'action des moyens spéciaux n'est cependant pas tellement isolée, tellement distincte, qu'elle ne se fasse sentir aussi sur différents organes, ou même sur le système entier. Nous le savons, tout se tient, tout se lie dans l'homme, et l'un des ressorts qui composent son organisation ne saurait être influencé sans que les autres ne ressentent plus ou moins cette influence ; mais il n'en demeure pas moins certain que cette influence s'est d'abord fait sentir sur un organe en particulier. Ainsi l'on ne peut arguer de cette influence générale contre les influences particulières ; seulement il est important de ne pas méconnaître cette influence générale.

Il est encore vrai de dire que beaucoup de substances, en excitant l'organisme tout entier ou en le débilitant, semblent provoquer l'action particulière de certains organes. Ainsi, par exemple, les aromatiques, en communiquant au sang une qualité stimulante, le rendent plus propre à exciter l'action des organes sécréteurs ou exhalants ; faut-il en conclure que ces substances jouissent d'autant de vertus spéciales? Non certes ; et il ne peut y avoir que les esprits étroits et amis du merveilleux qui puissent admettre de semblables préjugés. C'est cependant ce que n'ont pas manqué de faire nos devanciers, qui ont placé tour-à-tour les substances dont nous parlons dans les sudorifiques, les diurétiques, les béchiques, les sialologues, les emménagogues, etc.

Un médecin sage doit éviter ces excès ; il doit restreindre le plus possible les vertus spéciales des drogues, parce qu'elles sont souvent imaginaires, parce qu'elles n'ont été admises que d'après des expériences fausses, incertaines, peu multipliées, et seulement d'après un désir vague de produire tel ou tel effet, parce que leur action échappe le plus souvent à notre intelligence. Mais ces motifs ne sont pas suffisants pour les faire rejeter toutes ; il en est de véritablement spéciales, et nous allons tâcher de les faire connaître. On serait aussi répréhensible de refuser la spécialité à celles qui la possèdent, que de l'attribuer à celles qui ne la possèdent pas.

Des médications spéciales de l'appareil digestif.

Les médicaments portés dans le canal alimentaire, déterminant tous sur ce canal une action immédiate, pourraient en quelque sorte être considérés tous comme des modificateurs spéciaux de cet appareil : ainsi les délayants, en relâchant le tissu de ces organes, produisent sur eux une action directe et spéciale ; les toniques, en augmentant la consistance, la fermeté et même l'épaisseur de leurs parois, déterminent incontestablement une modification immédiate, spéciale de ces organes ; mais on sent bien qu'il ne peut s'agir ici de cette espèce d'action. Les médicaments que nous plaçons dans cette catégorie sont les émétiques et les purgatifs.

Les indications qui nécessitent les émétiques sont aujourd'hui bien moins nombreuses qu'elles ne le paraissaient autrefois, et il est indubitable que cette réserve ne soit due à la doctrine dite physiologique. Toutefois il est des cas où il peut être nécessaire d'exciter le vomissement : dans l'embarras gastrique véritable, dans l'indigestion, dans quelques cas d'empoisonnement, etc., il peut être indispensable de recourir à ce moyen.

Nous avons démontré que, le vomissement étant un acte cérébral, ce n'est point en irritant le ventricule que les émétiques le produisent. La crainte de causer cette irritation est donc chimérique, ou du moins fort exagérée. Seulement il ne conviendrait

pas de porter un émétique sur une membrane fort enflammée; d'ailleurs les contractions de l'estomac ou sa compression par les muscles abdominaux pourraient réellement augmenter l'inflammation : aussi n'est-ce que dans les cas où il n'existe aucune réaction marquée qu'on peut administrer ces moyens.

Il est plusieurs manières de provoquer le vomissement : l'eau chaude, la titillation de la luette, l'introduction des doigts jusque dans l'arrière-bouche, mais surtout l'ipécacuanha et le tartrate antimonié de potasse, sont les moyens qu'on emploie le plus ordinairement pour obtenir ce résultat. La violette, le cabaret, le kermès minéral, le soufre doré d'antimoine, quelques préparations de zinc, etc., peuvent aussi remplir le même but; mais ces drogues sont peu usitées.

Lorsqu'une substance émétique a été introduite dans le ventricule, elle y détermine, au bout d'un temps plus ou moins long, une espèce de bouillonnement, un sentiment indéfinissable, précédé ou suivi d'horripilation, de pâleur de la face, de vertiges, de tremblement de la lèvre inférieure, de nausées, enfin de vomissement.

Si l'on en juge par les matières vomies, ordinairement bien supérieures par leur abondance aux matières ingérées, il est indubitable que l'exhalation de la membrane muqueuse gastrique ne soit singulièrement augmentée par l'action de l'émétique. Les matières vomies sont alors claires, transparentes, comme séreuses, légèrement spumeuses; d'autres fois plus ou moins visqueuses, ce qui a fait présumer que le fluide pancréatique ou celui que sécrètent les follicules mucipares, était bien plus abondant qu'à l'ordinaire. Le foie est loin de rester étranger à l'action de l'émétique, et la quantité de bile jaune, verdâtre, verte, amère, que les malades rejettent par le vomissement, atteste évidemment que la sécrétion de ce fluide est augmentée. Ainsi l'action de l'émétique se fait sentir sur l'estomac et sur les organes voisins; elle sollicite une sécrétion de fluides bien plus copieuse que dans l'état normal. C'est cette action que les auteurs modernes ont regardée comme révulsive. A dire vrai, nous ne savons comment ces moyens empiriques agissent; mais l'effet des vomitifs n'est pas borné aux résultats que nous venons de signaler. Ils excitent dans l'organisme un surcroît d'action, les contractions violentes des muscles abdominaux, et par conséquent de tout le tronc; la contraction forcée du diaphragme, la gêne de la respiration; dans le premier moment, la concentration du pouls, et même son ralentissement, mais bientôt son développement, suivi d'une sueur générale. Le cerveau ne reste pas étranger à cette action, il devient le siége d'une espèce de congestion; la face se colore, rougit, devient quelquefois violette; les yeux semblent faire saillie hors de la tête; des vertiges, des étourdissements, des tintements dans les oreilles se manifestent; enfin, les émétiques produisent une secousse violente et universelle de l'organisme.

Comment une pareille secousse est-elle utile dans les maladies? Si l'on veut être de bonne foi, on sera forcé d'avouer qu'on l'ignore; il faut se borner à dire que l'expérience en a souvent démontré l'efficacité, ce qui est incontestable; mais nous croyons que, dans certaines circonstances, ces effets peuvent devenir funestes; et comme les cas où ils conviennent sont loin d'être évidents et bien déterminés, il vaut mieux s'en abstenir, d'autant plus que la diète, les délayants et les autres moyens suffisent, dans le plus grand nombre des circonstances, pour obtenir la résolution des maladies où les émétiques pourraient paraître nécessaires.

Les cas où les émétiques peuvent nuire sont plus nombreux et plus précis. Les inflammations de l'estomac et des intestins tiennent le premier rang parmi les contre-indications; viennent en second lieu l'imminence des congestions cérébrales, les hémorrhagies du cerveau et du poumon, l'inflammation de l'encéphale ou des méninges, la grossesse, les règles, les lochies, les métrorrhagies de toute espèce, les anévrysmes du cœur et des gros vaisseaux, les hernies, etc. Telles sont les principales maladies où les émétiques sont contre-indiqués, où leur emploi peut produire des accidents graves. Il est encore sans doute beaucoup de circonstances individuelles ou autres qui peuvent s'opposer à l'administration des vomitifs, et que le médecin judicieux saura fort bien apprécier.

L'action des émétiques n'est pas bornée aux organes dont nous venons de parler; une certaine quantité du médicament passe dans les intestins grêles et même dans le colon, y sollicite l'appel des fluides, et y détermine un véritable effet purgatif. Cet effet est même souvent le seul que produisent les émétiques. Les anciens médecins, et Stoll en particulier, pensaient que dans ce cas l'émétique n'avait pas rempli son but, et se trouvait entièrement inefficace. Nous allons nous occuper bientôt de la médication purgative.

L'émétique est censé avoir produit un bon résultat lorsqu'il a provoqué quatre, cinq ou six évacuations assez copieuses, accompagnées de peu de douleurs, et suivies d'un soulagement marqué, d'une diminution sensible des accidents.

On a pensé qu'une partie de la substance vomitive était absorbée, et qu'elle allait déterminer dans les divers organes des mouvements consécutifs; mais il est évident que ces mouvements dépendent de la réaction qui suit les violents efforts suscités par le vomitif.

Nul doute que l'on n'ait abusé beaucoup de la médication purgative, et que cet abus n'ait souvent occasionné les résultats les plus funestes. Mais si l'on compare cependant les succès obtenus par nos devanciers, et chez un peuple voisin, où l'on fait encore un usage excessif de ces moyens, avec les succès que nous obtenons aujourd'hui par une méthode différente, on se convaincra que si les purgatifs ne possèdent pas les hautes vertus qu'on leur attribue, du moins ils ne sont pas aussi nuisibles qu'on l'a prétendu de nos jours. Toutefois la proscription des purgatifs n'a pas été aussi rigoureuse que celle des émétiques, leur emploi seulement a été beaucoup restreint. Il est des cas où ils sont évidemment utiles; et, bien que nous pensions que leur abus soit dangereux, que leur usage même, lorsqu'il n'est pas exigé par des indications bien appréciées, puisse être suivi d'accidents fâcheux, nous croyons qu'on peut en retirer, dans quelques circonstances, des résultats inespérés.

Avant d'administrer un purgatif, il importe par-dessus tout d'en bien déterminer l'utilité; après que les indications ont été précisées avec rigueur, il importe de connaître la manière d'agir de la substance purgative qu'on doit administrer. Cette manière d'agir est en effet très-différente dans les divers médicaments purgatifs. Cette différence est telle que, bien que l'évacuation en soit le résultat commun, cependant la manière dont cette évacuation est produite me paraît entièrement opposée.

Quelques écrivains modernes ont prétendu qu'il était absurde de distinguer des médicaments laxatifs, relâchants, et de véritables purgatifs; ils ont soutenu que ces deux effets étaient le résultat d'une même action, variant seulement d'intensité : qu'ainsi un purgatif pouvait être drastique à une certaine dose, purgatif simple à une dose inférieure, enfin seulement laxatif s'il était très-étendu, très-affaibli; que ce n'était donc qu'en *irritant* les intestins que ces substances agissaient, que seulement elles agissaient plus ou moins. Nous ne relèverions pas cette singulière manière de raisonner, pour ne rien dire de plus, si elle n'entraînait de graves inconvénients. Et d'abord, pour ne pas sortir du raisonnement de ces auteurs, est-il bien certain que des degrés différents d'une même puissance ne produisent que des degrés différents des mêmes effets? nous ne le pensons nullement. Nous pourrions prendre tour-à-tour tous les agents naturels, et nous verrions qu'il n'en est aucun qui, à des degrés divers d'intensité, ne produise des effets entièrement opposés. Prenons un exemple : l'eau tiède est assurément, d'après l'aveu de ces mêmes auteurs, un relâchant s'il en fut jamais; l'eau bouillante est-elle un irritant? D'après les raisonnements de ces écrivains, puisque l'eau bouillante irrite, l'eau tiède irriterait à un plus faible degré. Maintenant laissons ces pitoyables raisonnements, dont l'esprit de système a infecté les écrits les plus récents, raisonnements qui rendent la lecture de ces écrits si dégoûtante, et tâchons de tracer avec exactitude les divers effets des médicaments dont nous parlons.

D'après notre manière de voir, qui est aussi celle de médecins très-recommandables, on peut donc provoquer des évacuations intestinales de deux manières différentes, et même entièrement opposées. Par la première, on irrite plus ou moins fortement la membrane qui tapisse les intestins, cette irritation peut même être portée jusqu'à l'inflammation; par l'autre, on *dilate*, on *assouplit*, on *relâche* seulement ces tissus, et l'on permet, pour ainsi dire mécaniquement, l'épanchement dans les intestins d'une plus grande quantité de mucosité. Ce ne sont pas les mêmes agents qui déterminent ces effets divers. Les laxatifs proprement dits ne produisent jamais la phlogose des intestins, et les drastiques n'en produisent jamais le relâchement.

Lorsqu'un purgatif vient d'être introduit dans l'estomac, il y fait naître un sentiment de gêne et de pesanteur; il fait naître quelquefois des nausées et même des vomissements; un frisson général s'empare du malade, qui ressent en même temps des vertiges, des éblouissements, etc.; le pouls est petit, fréquent, inégal; la peau sèche; la soif se déclare. Au bout d'une heure environ, des coliques plus ou moins intenses se font sentir; des borborygmes se font entendre; les intestins se gonflent; le ventre se tuméfie, devient douloureux; une chaleur plus ou moins vive se répand dans les entrailles, des crampes s'emparent des membres pelviens; enfin l'envie d'évacuer les fèces survient, et des contractions plus ou moins rapides expulsent des matières variables en quantité, en nature, etc. Après un certain nombre d'évacuations, le malade éprouve des espèces d'épreintes, de ténesmes; il tombe dans une lassitude plus ou moins profonde, et éprouve de la tendance au sommeil.

La substance purgative irrite la membrane muqueuse intestinale, appelle les fluides de l'organisme, qui y abondent de toutes parts; le foie y verse une plus grande quantité de bile; le pancréas, les glandes mucipares, redoublent leur action, et la perspiration intestinale augmente aussi d'énergie. C'est le produit de ces diverses sécrétions ou exhalations, uni aux matières déjà accumulées dans les intestins, ou ingérées par le malade durant l'action du purgatif, qui constitue le résultat de la purgation.

Les anciens, qui, conduits par des idées spéculatives, avaient fixé leur attention d'une manière spéciale sur les purgatifs, avaient noté soigneusement les différentes qualités des matières évacuées. Suivant eux, elles étaient séreuses, filantes, bilieuses, etc.; et les substances qui les provoquaient étaient hydragogues, phlegmagogues, cholagogues, etc. Une expérience et un raisonnement plus sévères ont banni ces distinctions scolastiques, que ne justifiait aucun genre d'utilité. On a vu que ces diverses espèces de matières pouvaient être produites par toutes les substances purgatives indifféremment, qu'elles dépendaient principalement de l'état individuel, etc., et qu'elles n'avaient d'ailleurs aucune influence particulière sur l'effet ultérieur de la purgation.

Les différents purgatifs semblent affectionner une partie différente des intestins : les uns agissent sur le duodénum, la rhubarbe; les autres sur le gros intestin, l'aloès, et en général les purgatifs drastiques; quelques-uns même unissent à leur faculté purgative d'autres propriétés, dont il est bon d'être instruit, et que l'on peut mettre à profit; l'ellébore agit sur l'encéphale, produit des vertiges et même le délire; plusieurs sels neutres activent la sécrétion urinaire, etc.

Ceci nous conduit à faire remarquer que les purgatifs sont susceptibles d'être absorbés et portés par la circulation dans les diverses régions de l'organisme : des expériences directes et positives prouvent que des molécules purgatives existent dans les urines, dans la sueur, etc.; mais on est loin d'avoir apprécié bien justement le genre d'influence que ces substances absorbées exercent sur les viscères éloignés.

L'effet des purgatifs plus ou moins irritants dont nous parlons est donc de deux sortes, évacuant et dérivatif. Cette médication conviendra dans les maladies chroniques de la peau, dans les congestions, les hémorrhagies et les ramollissements du cerveau; enfin dans la plupart des cas où les révulsifs cutanés sont indiqués; elle sera utile dans la constipation sénile, etc. Les inflammations aiguës, surtout celles des intestins, la grossesse, les hémorrhagies utérines, les hernies, en un mot la plupart des cas qui contre-indiquent les vomitifs doivent aussi contre-indiquer les purgatifs irritants.

Les principales substances qui produisent cette médication sont les sulfates de soude, de potasse, de magnésie; le tartrate de potasse et de soude; les eaux minérales salines, le nerprun, la gomme-gutte, l'aloès, la rhubarbe, le séné, l'ellébore noir, l'épurge, la bryone, le croton tiglium, la coloquinte, la scammonée, le jalap, etc. La plupart de ces substances sont des purgatifs irritants ou drastiques; elles peuvent produire l'inflammation des intestins. — La manne, la casse, les pruneaux, les tamarins, les huiles fixes, le miel, le lait, etc., produisent la purgation sans déterminer la phlogose des intestins; ce sont des laxatifs, des minoratifs proprement dits. On doit les employer, dans tous les cas, où l'on peut redouter de faire naître une inflammation intestinale. Leur action se confondant d'ailleurs avec les émollients et les rafraîchissants, doit les faire préférer dans les cas de pléthore, d'irritation, d'hypersthénie.

Des médications spéciales de l'appareil circulatoire.

Il n'existe certainement pas d'action plus directe, et partant plus spéciale, que celle de la saignée, relativement à la circulation. Nous avons dit aussi que l'abstinence et les délayants portaient directement leur influence sur le même appareil; mais ces moyens si puissants et si rationnels, en agissant ainsi sur l'ensemble de l'organisme, rentrent dans la classe des moyens généraux : nous en avons traité précédemment. Nous devons en dire autant des toniques, des excitants et de la plupart des agents thérapeutiques, qui tous agissent sur la circulation d'une manière plus ou moins profonde, plus ou moins immédiate, puisque tous ils accélèrent ou ralentissent la circulation, et que tous ils modifient diversement la circulation du sang. Il ne peut être ici question que de certaines substances qui paraissent exercer une influence directe sur l'appareil circulatoire. Au premier rang se montre la digitale pourprée, dont un grand nombre d'auteurs ont chanté les louanges, ce qui ne peut être que le résultat d'études imparfaites dans la recherche du diagnostic des maladies. Un malade s'est plaint de palpitations, et, sans s'informer de quoi elles dépendaient, on a su que la *digitale diminuait les palpitations*, et l'on a donné la digitale; la digitale a diminué les palpitations, et l'on a loué la digitale; et voilà justement comment on écrit la médecine. On a négligé d'examiner de quelle altération organique dépendaient les palpitations; on a négligé de fixer d'une manière précise les circonstances où ce médicament pouvait être utile, on s'est borné à le *recommander contre les palpitations* : et l'on appelle cela *traiter les maladies!* Ainsi que les palpitations dépendent de l'ossification des gros vaisseaux, de l'inflammation du péricarde ou du cœur, de l'hypertrophie, de l'anévrysme du principal organe de la circulation; que les palpitations soient sympathiques d'une maladie du cerveau, du poumon, de l'inflammation de l'estomac ou de tout autre viscère, n'importe, la digitale est toujours bonne, elle ralentit les palpitations! Et puis étonnez-vous que des médicaments, dont les indications sont si habilement tracées, ne répondent pas toujours à votre espoir et soient si souvent infidèles!

Dans la plupart des cas, si la nature active les battements du cœur, c'est qu'elle a quelque obstacle à vaincre; croyez-vous la servir bien utilement en entravant ainsi ses efforts? N'augmenterez-vous pas le danger de cet obstacle, et ne vaudrait-il pas mieux l'attaquer directement, ou, si vous le pouvez, le pallier par des moyens plus rationnels? Ne vaut-il pas mieux préciser les cas où ce moyen peut convenir, que de le prôner pour tous les cas sans choix et sans discernement?

A vrai dire, je vois peu de cas où ce médicament puisse convenir, malgré les éloges qu'on lui a donnés. Avant d'en vanter la vertu, j'aurais désiré qu'on cherchât à reconnaître la manière dont il agissait. Est-ce par une action spéciale sur le tissu du cœur, est-ce par une action spéciale sur la partie du système nerveux à laquelle la circulation est confiée? La digitale ne produit-elle pas l'irritation de l'estomac? etc.

Quoi qu'il en soit, il est évident que ce moyen très-actif, très-énergique, ne peut agir qu'en irritant l'estomac d'abord : si cet organe est sain, cette influence est à peu près nulle; s'il est malade, elle peut être très-funeste. Il ne peut rien contre les ossifications des vaisseaux et contre toutes les dégénérescences organiques profondes; il ne peut rien, sinon nuire, dans la cardite, la péricardite, l'aortite. Son utilité serait donc bornée aux palpitations nerveuses, et franchement je crois qu'il existe dans ce cas des moyens plus rationnels.

Médication de l'appareil respiratoire.

Je connais peu de médicaments qui agissent directement sur l'appareil respiratoire et sur les actes de cet appareil. Ce n'est presque jamais que secondairement que l'influence de certains moyens s'exerce sur ces organes. Ainsi les toniques rendent les mouvements respiratoires plus forts, plus énergiques; les excitants et les diffusibles les rendent plus rapides: en même temps l'hématose est plus ou moins parfaite, l'exhalation et la perspiration pulmonaire plus ou moins abondantes, l'expectoration plus ou moins facile; les débilitants ralentissent toutes les actions organiques, etc. : mais dans tous ces agents il n'en est aucun qui agisse spécialement sur le poumon et sur la respiration. La saignée elle-même, qui enlève si rapidement le sang qui séjourne dans le parenchyme du poumon, ne saurait être considérée comme un moyen direct, puisqu'il n'agit que par l'intermède de la circulation.

Reste donc l'inspiration des vapeurs ou de l'air, doués de certaines propriétés : mais l'influence de cet agent, que nous présumons devoir être puissante, n'est presque jamais employée en médecine; et le choix qu'on fait quelquefois des lieux et des climats dans les maladies chroniques, est plutôt un moyen de l'hygiène qu'un moyen vraiment thérapeutique.

L'acide prussique exerce-t-il une action spéciale sur le système nerveux pulmonaire? calme-t-il directement l'excessive irritabilité du poumon dans certaines affections tuberculeuses? Des expériences nombreuses, tentées par M. Magendie, tendraient à le faire croire. Quelques médecins, qui ont répété ces mêmes expériences, prétendent que le résultat n'en est pas incontestable. C'est au temps à prononcer.

Médication de l'appareil sécrétoire.

C'est principalement pour les sécrétions qu'on a cru avoir découvert des substances douées de propriétés spéciales; mais la plupart des vertus, dont ces substances ont été dotées, doivent être regardées comme imaginaires, ou du moins comme fort suspectes.

On a reconnu à certaines substances la propriété d'exciter la sécrétion du lait, du sperme, de la bile, etc.; et, à vrai dire, ces prétendues propriétés ne sont que des préjugés.

Dans l'état physiologique, la manière la plus sûre et la moins dangereuse d'augmenter les sécrétions, c'est l'usage d'une alimentation abondante, excitante et réparatrice. Sous l'influence de cette alimentation, tous les organes sécréteurs redoublent d'énergie, d'efforts, et cela avec d'autant plus de succès et d'autant moins d'inconvénient pour l'individu, que la réparation est en même temps abondante.

Les excitants de toute espèce augmentent nécessairement les sécrétions par la stimulation qu'ils portent sur tous les organes; cependant il ne faut pas oublier que, si la diminution de la sécrétion était due à la surexcitation de l'organe, ces moyens, au lieu d'augmenter cette sécrétion, produiraient

des effets contraires, et que des moyens opposés seraient seuls convenables alors.

Au milieu des substances nombreuses que le mensonge ou l'erreur ont accréditées comme jouissant de la faculté d'exciter certaines sécrétions, il en est toutefois quelques-unes qui jouissent encore d'une réputation incontestée.

Il n'est pas douteux, par exemple, que les larmes ne soient provoquées par l'odeur qu'exhale l'ognon; que la salive ne soit rendue plus abondante par la mastication de quelques matières stimulantes, telles que la racine de pyrèthre, d'angélique, de gingembre, d'impératoire, le girofle, etc. Ces substances ont reçu le nom de sialagogue; mais il ne peut exister d'indications qui nécessitent la provocation des larmes. Il en existe aujourd'hui fort peu où il soit nécessaire d'exciter la salivation, et ce moyen thérapeutique est assez généralement abandonné. Dans le temps où l'on croyait que la paralysie dépendait de la diminution des propriétés vitales, on faisait mâcher aux malades des substances irritantes, on leur mettait du sel dans la bouche, etc., pour réveiller ces propriétés engourdies; nous avons reconnu l'inutilité et même le danger de ces moyens absurdes.

Dans les anciennes et dans certaines modernes matières médicales, on trouve une série de moyens propres à augmenter la sécrétion du lait; on leur donne le nom de galactopés, mais il n'existe véritablement aucune substance qui mérite ce nom.

En est-il qui augmentent bien incontestablement la sécrétion de la bile? L'huile, la graisse, le lait, etc., ont-ils la propriété d'augmenter cette sécrétion? Sont-ce là de véritables substances *bilieuses*, comme le dit le vulgaire, et comme beaucoup de gens, qui ne devraient pas l'être, le pensent? Nous ne le croyons pas. D'ailleurs, à supposer que certaines substances possédassent réellement la faculté d'augmenter cette sécrétion, l'opération qui la produit étant tout-à-fait dérobée à notre investigation, il serait impossible d'apprécier exactement les changements dont elle est susceptible. On pourrait tout au plus la juger d'après les résultats; mais il faudrait que ces résultats fussent très-marqués pour pouvoir être saisis. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il est vraisemblable que les vomitifs et les purgatifs augmentent cette sécrétion, ainsi que la plupart des moyens excitants dont nous avons parlé; encore faut-il que l'individu soit placé dans certaines conditions favorables.

Nous ferons la même question pour la sécrétion spermatique; est-il vraiment des moyens propres à exciter cette sécrétion? Ici, plus encore qu'ailleurs, à cause de l'intérêt majeur qui s'attache aux fonctions génératrices, on a décoré de vertus mensongères une multitude de substances. Les excitants de tous genres, les huiles essentielles, les alcoholiques, portent leur action sur la sécrétion spermatique; mais ce n'est pas sans détriment pour le malade, dont ces moyens usent l'organisation, et ces substances n'agissent d'ailleurs ici que comme stimulants généraux. La cantharide jouit cependant de l'incontestable, mais dangereuse propriété d'augmenter la sécrétion dont nous parlons. Nous reviendrons sur ce sujet en nous occupant des fonctions reproductrices.

De toutes les sécrétions, celle sur laquelle on agit de la manière la plus sûre, c'est incontestablement celle de l'urine; on a donné le nom de diurétiques aux moyens qu'on emploie dans ce but. Les diurétiques sont de deux sortes, irritants, toniques, ou délayants.

Le froid humide, en s'opposant à la perspiration cutanée, et sans doute aussi en fournissant, au moyen de l'absorption pulmonaire, une humidité plus ou moins abondante, favorise singulièrement la sécrétion urinaire. Mais les boissons aqueuses prises en grande quantité, sont les plus puissants des diurétiques; ce qui n'empêche pas qu'on ne puisse augmenter cette sécrétion par l'administration de quelques substances. Le nitrate de potasse est le plus usité des diurétiques, il est aussi celui qui augmente le plus sûrement la sécrétion de l'urine, et celui qui, convenant dans le plus grand nombre de cas, nuit le plus rarement lorsqu'il n'est pas pris à une dose trop élevée. On lui attribue en même temps une faculté antiphlogistique. La plupart des autres diurétiques doivent leurs propriétés à la présence de ce sel, qu'ils contiennent en quantité plus ou moins considérable. L'asperge, le fraisier, le petit houx, le raisin d'ours, la bardane, l'arrête-bœuf, le chardon-roland, la pariétaire, le câprier, le chiendent, etc., passent pour diurétiques; on donne aussi la graine de lin pour produire la même médication, mais elle n'est qu'émolliente. La plupart de ces substances n'ont pas une vertu très-prononcée; il en est quelques-unes qui sont légèrement toniques, telles que la bardane, le chardon-roland, etc., et qui ne peuvent être données lorsqu'il existe un état inflammatoire aigu. Le vin blanc, l'eau de Seltz de Vichy, sont plus diurétiques que les substances précédentes; ils ne conviennent pas non plus s'il existe quelque inflammation. La scille, la digitale pourprée, le bulbe de colchique, sont encore bien autrement énergiques que le vin blanc, et ne peuvent convenir que dans le cas d'hyposthénie bien prononcée; il faut en dire autant de la cantharide et de ses préparations, qui exercent aussi une action marquée sur les contractions de la vessie, et même une action irritante sur ses membranes, etc. L'acétate de potasse, d'ammoniaque, de soude, le carbonate de potasse, etc., passent aussi pour diurétiques.

Lorsqu'on veut provoquer la sécrétion urinaire, il importe surtout, nous ne saurions trop le répéter, de préciser la maladie, l'état des divers organes, enfin toutes les circonstances qui peuvent imprimer quelques différences aux diverses indications; avant tout, les indications thérapeutiques. Si l'on donnait un diurétique âcre dans une maladie aiguë, dans une gastrite par exemple, nul doute qu'on ne produisît les accidents les plus graves.

On donne les diurétiques antiphlogistiques dans toutes les maladies aiguës des voies urinaires; et les diurétiques toniques ou âcres, aux sujets faibles, mous, avancés en âge, peu irritables, affectés d'infiltrations, d'hydropisies, etc.; maladies qui sont presque toujours consécutives. On ne fait dans ce cas que la médecine des symptômes, c'est-à-dire la pire de toutes. J'ai employé quelquefois avec succès les préparations cantharidées, dans la paralysie de la vessie chez les vieillards, pour arrêter l'incontinence ou pour faire cesser la rétention d'urine, effets opposés dépendant d'une même cause.

Médication de l'appareil exhalant.

On a attribué à certaines substances la faculté d'augmenter les diverses exhalations. Ces vertus sont loin d'être établies d'une manière incontestable. Il en est même quelques-unes qu'on pourrait révoquer en doute avec beaucoup de raison. Nous allons exposer, en peu de mots, ce qui concerne l'exhalation cutanée et l'exhalation pulmonaire : l'exhalation intestinale a été examinée précédemment; l'exhalation muqueuse utérine ne reconnaît

pas de médication spéciale, et nous ignorons complètement les changements qui s'opèrent dans l'exhalation séreuse, synoviale, etc.

Une température élevée, une atmosphère humide et chaude favorisent plus la perspiration cutanée que la plupart des drogues dites diaphorétiques; sans ces circonstances même, il est difficile d'obtenir la plus légère sueur. Mais après elles l'eau chaude, prise abondamment, excite la transpiration la plus copieuse. Ainsi, tous les moyens qui agissent dans le sens d'une température chaude et humide, et dans celui des boissons abondantes chaudes, produisent les mêmes effets. Les vêtements chauds, lourds et épais, mauvais conducteurs du calorique, l'application de la laine sur la peau, les frictions légères, les laines chaudes, les bains de vapeur, etc., solliciteront une abondante perspiration. L'exercice musculaire produira le même résultat. Ces moyens sont sans contredit les plus puissants des sudorifiques; eux seuls produisent constamment la sueur, et sans eux il est difficile de l'obtenir.

Les médicaments excitants, en activant tous les mouvements organiques, rendent aussi la transpiration plus copieuse; mais ce n'est que d'une manière générale qu'ils agissent. Il est quelques substances qui paraissent douées d'une propriété plus spécialement sudorifique; ce sont: la salsepareille, la squine, le gaïac, le sassafras, l'ammoniaque liquide, l'acétate d'ammoniaque, le soufre, les eaux sulfureuses, la saponaire, la scabieuse, la douce-amère, la bardane, les fleurs de sureau, la bourrache, le thé, et quelques préparations pharmaceutiques, la poudre de Dower, etc. Les plus puissants des diaphorétiques sont les étuves sèches et humides, les fumigations sulfureuses, celles de cinnabre, celles des vapeurs aromatiques, etc. Parmi ces moyens, il en est de délayants, il en est de toniques, d'excitants; aucun n'est exclusivement sudorifique. Lorsqu'on les emploie, nul doute que l'on ne doive avoir égard à toutes les indications qui doivent modifier le traitement des maladies, et que nous avons exposées avec détail.

Les sudorifiques sont généralement indiqués dans les phlegmasies chroniques de la peau, dans les rhumatismes, dans la goutte, la syphilis, etc. On a quelquefois recours à ces moyens comme révulsifs dans les affections viscérales chroniques, et principalement dans les tubercules pulmonaires.

Il faut prendre garde de ne pas exciter un mouvement fébrile, qui pourrait devenir fâcheux, ou une sueur colliquative.

Les sudorifiques ne se bornent pas à augmenter l'exhalation cutanée, ils exercent aussi une influence sur la circulation, la respiration, et principalement sur l'absorption, dont ils augmentent singulièrement l'énergie; et, par cette influence, ils parviennent à procurer la résolution de maladies qui jusque-là avaient résisté à tous les moyens de l'art.

Les excitants en général rendent plus active l'exhalation pulmonaire; il en est quelques-uns qui paraissent jouir plus particulièrement de cette faculté. Les baumes de Tolu, du Pérou, le benjoin, les térébenthines, le soufre, le kermès minéral, le sulfure de potasse, la scille, le lierre terrestre, l'hyssope, le polygala de Virginie, etc., ont été décorés de cette propriété. Ce sont généralement des excitants qu'il faut administrer avec beaucoup de prudence. Ils ne conviennent nullement dans les maladies avec hypersthénie, dans le principe des phlegmasies, où les exhalations sont supprimées par excès d'irritation; chez les personnes jeunes, fortes, robustes, et qui réagissent puissamment: dans ces circonstances, les moyens opposés, c'est-à-dire les délayants, les gommeux, les mucilagineux, les saignées, le repos, l'abstinence, produisent bien plus efficacement l'exhalation bronchique, que les moyens précédents ne manqueraient pas de diminuer encore. Ces excitants ne peuvent convenir que dans les phlegmasies chroniques de la membrane muqueuse pulmonaire; chez les vieillards mous, faibles, doués de peu de réaction, enfin présentant tous les caractères de l'hyposthénie.

Je ne sache pas qu'on soit jamais obligé d'exciter l'exhalation muqueuse utérine; les cas où il convient de la diminuer sont beaucoup plus fréquents.

Quelquefois, pour opérer une espèce de révulsion, on excite l'exhalation de la pituitaire; les médicaments irritants qui provoquent cette médication portent le nom de sternutatoire; le tabac tient parmi eux le premier rang. La bétoine, l'arnica, la ptarmique, etc., s'emploient rarement pour produire cet effet.

Le désir de contenter le malade, c'est-à-dire d'agir sur son moral, sur l'encéphale, dans le but de lui dérober le danger de sa position, et aussi celui de s'opposer à un affaiblissement profond et total, que peuvent occasionner des évacuations excessives, portent quelquefois le médecin, même le plus philosophe, à faire ce que nous avons appelé la médecine de symptômes. Certes, c'est en être réduit à une pénible extrémité; mais enfin il ne reste souvent pas d'autres ressources. C'est alors qu'on est condamné à chercher des moyens capables d'arrêter les exhalations excessives.

Ces exhalations morbides excessives sont presque toujours de simples symptômes, très-rarement des maladies par elles-mêmes idiopathiques. Le premier devoir du médecin est donc de savoir à quelle maladie elles appartiennent; il ne peut espérer de les combattre avec succès que lorsqu'il en aura fixé rigoureusement le caractère; alors il pourra trouver le véritable *astringent*: mais ce moyen *astringent* sera tantôt un antiphlogistique, tantôt un tonique, etc.

La plupart des auteurs de thérapeutique ont reconnu une médication *astringente*. Il est bien démontré que certains agents, *dans certaines circonstances données, resserrent* les tissus, diminuent les exhalations et les sécrétions; ce sont particulièrement le froid, les acides à un certain degré de concentration, le tannin, quelques sels métalliques, des substances végétales qui contiennent quelques-uns de ces principes, etc. Mais ces mêmes substances, qui produisent l'effet dont nous parlons, *dans certaines circonstances données*, en produisent un autre entièrement différent, et même opposé, *dans des circonstances différentes*: de sorte que l'on peut affirmer qu'il n'existe pas de remède astringent proprement dit; que le même remède est et n'est pas astringent, qu'il est astringent et purgatif, par exemple.

Qu'un jeune médecin, séduit par le nom d'*astringent*, administre un de ces médicaments dans un cas de diarrhée opiniâtre, symptôme d'une entérite aiguë, il ne manquera pas d'aggraver les accidents, et peut-être de tuer le malade: à qui la faute, sinon à celui qui a imposé une pareille dénomination à ce remède? Malheureusement toute la thérapeutique est faite d'après ces principes. On désire tellement trouver des *propriétés déterminées* dans les remèdes, inhérentes à ces remèdes, une vertu, une propriété contre une maladie, ou contre un phénomène morbide, que dès qu'on croit avoir découvert

une de ces propriétés, on s'empresse d'*enrichir* la matière médicale de la substance qui la possède. C'est ainsi que se sont grossis les formulaires et les Codex. Et, comme l'enthousiasme et l'amour du merveilleux ont les trois quarts du temps fondé la réputation du remède bien plus que ses propriétés réelles, il s'ensuit que la liste des médicaments incertains, infructueux et même nuisibles s'augmente de jour en jour. Et c'est dans ce fatras que les guérisseurs vont chercher leurs agents thérapeutiques!

Pour éviter cet écueil, il n'est qu'un moyen, c'est de ne jamais donner à un médicament ou à une formule le nom d'actions qu'ils sont censé produire; quant aux formules, le désigner par le nom de la substance qui agit le plus énergiquement : ainsi on dira une *potion éthérée*, une *potion alcoholisée*, un *julep gommeux*, *huileux*, *opiacé*, etc., au lieu de dire une *potion antispasmodique*, *fortifiante*, un *julep*, *béchique pectoral*, *calmant*, etc. De cette manière, toute erreur devient impossible, tous les préjugés disparaissent.

Le danger dont nous parlons et qui est si frappant lorsqu'on a décoré un médicament ou une formule d'un nom qui désigne sa vertu supposée, existe encore, mais à un moindre degré, lorsqu'on nomme une médication par les effets qui la caractérisent. L'inconvénient est moindre, parce qu'ordinairement on fait connaitre les circonstances qui favorisent cette médication, et les circonstances qui l'empêchent. Il est alors bien plus difficile de se tromper. Toutefois, comme il est facile d'attribuer la propriété de produire une médication aux substances qu'on emploie pour la déterminer, comme il est facile de croire qu'un corps est astringent d'une manière absolue, lorsqu'il a produit la suppression d'une exhalation morbide, et d'oublier les circonstances qui ont favorisé cette action, il serait à désirer qu'on trouvât un moyen d'obvier à cet inconvénient. Je n'en vois pas d'autre, dans l'état actuel de la science, que de diminuer le plus possible le nombre des médications.

Veut-on un exemple de ce que nous avançons ici? Un individu frappé d'entérite éprouve un dévoiement opiniâtre; on lui donne une solution de gomme, le dévoiement cesse : on oublie qu'il était produit par l'inflammation, on conclut que la gomme est un astringent. J'entends le lecteur se récrier ici que jamais la gomme n'a été prise pour un astringent; mais j'ai fait à dessein de choisir cet exemple, car, si j'avais d'abord cité l'eau de riz, je n'aurais pas été si bien compris. En effet, ce qui n'est pas arrivé pour la gomme est arrivé pour le riz. On a administré cette drogue dans le cas que nous venons de supposer : elle a agi comme mucilagineuse, elle a calmé l'irritation, elle a suspendu le dévoiement; on a judicieusement conclu que le riz était astringent, et on l'a donné *dans tous les cas* où il fallait *resserrer*. Et voilà comme on fait la matière médicale!

Ce n'est donc qu'en exposant avec soin les modifications fonctionnelles survenues, *dans des circonstances données bien caractérisées*, à la suite de l'application de certains agents, qu'on peut parvenir à tirer la thérapeutique de la fange où elle croupit.

Depuis le commencement de ce siècle, des hommes estimables, à la tête desquels il faut placer Schwilgué, M. Barbier, d'Amiens, etc., ont fait de louables efforts pour atteindre ce but; mais les préjugés sont tellement invétérés, que ce qu'ils ont fait de bien est à peine sensible, et qu'il reste encore beaucoup à faire. On n'y parviendra que par les principes de la médecine organique.

Dans les maladies caractérisées par la débilité, l'hyposthénie véritable, la laxité des tissus, la langueur de toutes les fonctions, on peut donner comme diminuant les diverses exhalations les substances toniques ou excitantes suivantes : le quinquina, le saule, le chêne, le marronnier, la racine de Jean de Lopez, l'arnica, la noix de galle, la rose rouge, le coing, le brou de noix, le cachou, le kino, le sang-dragon, l'aigremoine, la ronce, le grenadier, le ratanhia, la tormentille, la bistorte, l'acide acétique, les acides minéraux, l'eau de Rabel, l'alun, le sulfate de fer, le zinc, le cuivre, l'acétate de plomb, etc. Le froid est aussi un excellent moyen de diminuer les diverses exhalations, et principalement l'exhalation cutanée; mais il faut bien se garder d'oublier que ces substances irritantes, portées sur des organes déjà surexcités, produiraient les accidents les plus funestes. Ici, comme partout, le succès de la médication dépend de la précision du diagnostic.

Médication de l'appareil absorbant.

C'est en agissant sur cet appareil qu'on parvient à opérer la résolution de la plupart des maladies. C'est à cette importante fonction que leur guérison est confiée. Nous savons déjà que c'est en activant l'absorption que l'abstinence, les saignées font disparaître les engorgements inflammatoires aigus de toute espèce, et même beaucoup d'engorgements chroniques. Nous pensons aussi que c'est en activant toutes les fonctions, et secondairement l'absorption, que les toniques et les excitants produisent de si bons effets dans les maladies chroniques chez les sujets frappés d'hyposthénie; mais l'abstinence, les saignées, les toniques, les excitants, etc., ne sont que des moyens généraux, et non de la nature de ceux dont nous parlons ici.

Il en est peu qui jouissent bien réellement de la faculté incontestable d'exciter l'absorption d'une manière exclusive. C'est bien vainement qu'on a voulu décorer de cette propriété l'émétique à haute dose, le mercure, etc.; rien n'est moins constaté que ces vertus. L'iode et ses diverses préparations paraissent agir sur certains organes en activant dans leur tissu la puissance absorbante; nous aurons peut-être occasion d'y revenir en traitant de quelques médications empiriques.

Médication de l'appareil encéphalique.

Les moyens spéciaux qui agissent sur l'encéphale sont loin d'être rigoureusement appréciés dans leur action. Comment agissent les narcotiques, les antispasmodiques, etc.? nous l'ignorons à peu près complètement, et toutefois on ne craint pas de mettre ces agents en usage; on leur ajoute même une confiance aussi étendue que si l'on connaissait et leur manière d'agir, et la nature des altérations contre lesquelles on les dirige. Rien n'est cependant plus obscur que la cause organique des mouvements nerveux spasmodiques. Cette cause est-elle une faiblesse des organes, comme le veulent les médecins de l'ancienne école? est-elle une irritation de cet organe, comme le veulent ceux de la nouvelle? est-elle tantôt l'une et tantôt l'autre, comme il est plus probable? et, dans tous ces cas, les mêmes moyens conviennent-ils? Il est vraisemblable que non; et pourtant nous les voyons em-

ployer tous les jours, dans tous ces cas, avec une confiance aveugle, à la vérité avec très-peu de succès.

Possédons-nous quelques moyens d'agir directement sur l'intelligence? pouvons-nous augmenter, diminuer à volonté les facultés intellectuelles? pouvons-nous les ramener à leur type normal, lorsqu'elles sont déviées? Nous ne saurions douter que les alcoholiques, les opiacés, et quelques narcotiques, ne produisent le délire, et par conséquent n'agissent directement sur l'encéphale. L'ellébore possède aussi cette faculté, et les anciens le croyaient doué de la vertu de guérir la folie; il est bien déchu aujourd'hui de son antique réputation. Mais ces divers moyens, qui modifient de la sorte des facultés intellectuelles, sont peu employés dans ce but; et d'ailleurs les altérations qui produisent le délire sont sans doute fort variées, et conséquemment exigent des moyens différents. La seule manière d'agir directement sur l'intelligence, c'est au moyen des sens et des impressions intellectuelles : les distractions, l'étude, la morale, etc.; nous n'en connaissons pas de plus directs. Après eux viennent les agents de la thérapeutique générale que nous avons exposés, les débilitants, les révulsifs, les toniques, qu'on peut employer, suivant les indications, avec des succès divers.

Il est quelques substances auxquelles on a attribué la faculté de régulariser les mouvements, de combattre et de vaincre les spasmes. Ces médicaments sont tous des excitants, des aromatiques, et même des stimulants; ce sont les diverses espèces d'éther, le musc, le castoréum, le camphre, l'assa-fœtida, la gomme ammoniaque, le sagapénum, le benjoin, la myrrhe, la valériane, l'oranger, le tilleul, la camomille, etc., etc.

J'avouerai que je professe très-peu de confiance pour ces prétendus antispasmodiques. Ces spasmes ne sont que des symptômes; il faut en chercher la cause organique, et diriger contre elle des moyens rationnels. On ne doit recourir à ces moyens empiriques que lorsque tous les moyens probables ont échoué.

Que devons-nous penser de l'action de la noix vomique et de ses préparations pour rétablir le mouvement dans les membres paralysés? On administre cette substance dans les cas de paralysie; et, chose surprenante, inexplicable, le membre paralysé se meut! Il faut convenir qu'une semblable merveille était bien propre à faire concevoir les plus belles espérances : bientôt toutes les paralysies vont disparaître; mais, hélas! la triste expérience, qui marche à pas plus lents que l'imagination qui la devance, vient bientôt détromper de cet espoir décevant ceux qui l'avaient conçu. Sous l'influence de ce traitement, quelques paralysies restent stationnaires, d'autres s'aggravent, quelques-unes guérissent. Pourquoi cette différence? La noix vomique fait mouvoir tous les membres paralysés; sans doute : mais elle ne guérit pas les cancers, les tubercules, les tumeurs de toute espèce; elle ne rétablit pas la partie de l'encéphale broyée et détruite par une hémorrhagie; elle irrite la partie malade, et ce n'est que par cette action qu'elle peut mettre en mouvement le membre paralysé, qui tirait son action de la portion affectée; elle augmente ainsi les inflammations locales, ou détermine des hémorrhagies nouvelles. De là les effets si variés et généralement si funestes de cette drogue. Je ne connais aucun cas où elle soit vraiment utile; tout au plus peut-elle quelquefois ne pas nuire. On pourrait l'employer dans quelques hémorrhagies anciennes stationnaires; mais quel bien pourrait-elle produire alors? fort peu.

Les paralysies dont la cause organique est peu profonde, pourraient être avantageusement combattues par ce médicament.

On peut agir sur la sensibilité au moyen des narcotiques. C'est encore ici un genre d'agent pharmaceutique dont l'action est entièrement dérobée à notre connaissance; et si Molière aujourd'hui nous faisait la question qu'il fait adresser à Argan, nous serions réduits à la même réponse; la faculté dormitive est en effet tout ce que nous en savons. Heureusement que, pour en retirer une grande utilité, il n'est pas indispensable de connaître la manière d'agir des puissances médicinales.

Les opiacés nous présentent en effet des ressources précieuses. Dans les maladies qui attaquent profondément le tissu des organes, lorsque les malades sont en proie à des douleurs atroces, on suspend ces douleurs à l'aide des narcotiques. Dans les maladies où il n'existe aucun travail organique sensible, telles que les névroses, les névralgies, les rhumatismes, les douleurs ostéocopes, si le malade souffre d'une manière intolérable, les opiacés nous offrent encore leurs secours bienfaisants. Il n'existe guère que les douleurs causées par l'excès de l'inflammation contre lesquelles il ne soit prudent d'administrer les narcotiques. On peut les donner non-seulement sans danger, mais avec beaucoup d'avantage, dans les autres circonstances que nous venons de signaler.

Les substances narcotiques qu'on emploie le plus fréquemment sont l'opium et ses diverses préparations, et principalement la morphine et les sels qu'elle forme avec quelques acides; le pavot, la ciguë, la laitue vireuse et son extrait, connu sous le nom de tridace; la jusquiame, la belladone, le stramonium, la pomme épineuse, l'aconit, le tabac, le laurier-cerise, et surtout l'acide hydrocyanique, le coquelicot, etc.

Ces substances sont toutes des poisons plus ou moins violents; mais il en est qui sont simplement narcotiques, et d'autres qui sont en même temps âcres, corrosives. On peut les employer successivement; lorsque l'une d'entre elles a été épuisée, qu'elle ne produit plus d'effet sédatif, c'est souvent avec avantage qu'on recourt à une autre.

Les narcotiques ne bornent pas leur action au cerveau, soit directement, soit par l'intermède de l'encéphale ou de la circulation; ils font encore sentir leur influence sur le reste de l'organisme.

Tous les observateurs ont remarqué que les narcotiques suspendaient, pervertissaient la digestion, occasionnaient souvent le vomissement, excitaient la soif et la constipation. Mais les explications qu'ils ont données de ces phénomènes sont loin d'être les mêmes. On a prétendu que c'était en suspendant l'innervation que ces effets étaient produits; d'autres les ont attribués à une véritable irritation. La diminution de l'influx cérébral, de l'innervation, c'est-à-dire de la sensibilité et de la contractilité, explique de la manière la plus satisfaisante le trouble de la digestion et la constipation, mais elle ne rend pas compte de la soif.

Les avis sont bien plus partagés sur la manière dont la circulation est modifiée par les substances stupéfiantes : les uns prétendent que l'acte circulatoire se fait avec plus d'énergie, *opium non sedat;* d'autres affirment que le pouls est plus faible, plus lent que dans l'état normal; quelques-uns assurent

qu'il présente tour-à-tour les qualités les plus opposées, qu'il est fort, puis faible, irrégulier, inégal ; d'autres, qu'il est faible, puis fort, etc. Tout ce qu'on peut conclure de ces dissentiments, c'est que le narcotisme trouble la circulation.

Il ralentit aussi d'une manière manifeste la respiration. Les actes respiratoires sont plus lents, plus prolongés; des soupirs fréquents se font entendre.

Les exhalations et les sécrétions sont bien évidemment ralenties sous l'influence de la médication narcotique, et l'absorption partage l'inertie générale.

Mais l'appareil encéphalique est celui qui reçoit les modifications les plus intéressantes de cette espèce de médication. Les effets qu'elle détermine varient principalement sous le rapport de la dose; prises en petite quantité, les substances narcotiques ne produisent qu'une diminution légère dans l'excitabilité cérébrale, un calme, un abattement peu prononcés; mais lorsque cette dose est élevée à un certain degré, alors s'observent tous les phénomènes du narcotisme.

Les sens, l'intelligence, le moral, les mouvements, éprouvent l'influence des opiacés. Il n'est pas jusqu'aux organes de la génération qui ne la ressentent à un degré différent.

L'individu qui a pris une certaine dose d'opium éprouve un état de torpeur, d'engourdissement, de lassitude, qui le convie au sommeil; il se trouve étourdi, il entend des bruits, des bourdonnements, de sifflements, et quelquefois le battement des carotides; l'intelligence est obtuse, l'attention et la mémoire sont nulles; les sens sont engourdis, les paupières pesantes, les mouvements difficiles; enfin, au bout de quelque temps, il ferme l'œil et s'endort. Il est ordinairement bercé de rêves bizarres, qui, chez quelques-uns, sont très-fatigants; et quoique ce sommeil ne soit pas toujours réparateur, quoique le réveil soit pénible, marqué par des douleurs contusives dans les membres, cependant l'individu éprouve un sentiment délicieux de bien-être. Chez les Orientaux, au rapport des voyageurs, l'opium ne borne pas son action au sommeil et à la suspension momentanée des douleurs comme dans nos climats; il est encore une source des plus vives et des plus douces sensations. Les Ottomans s'enivrent avec l'opium, ils se procurent de véritables congestions cérébrales, pendant lesquelles ils s'imaginent, dit-on, jouir de toutes les béatitudes que le prophète leur a promises dans son paradis. Peut-être l'imagination des voyageurs a-t-elle embelli ces descriptions. Ici l'usage de l'opium rend lourd et paresseux, engourdit l'intelligence, le moral, et rend les mouvements pénibles. Les narcotiques ne sont bons qu'à calmer les douleurs morbides.

Médication de l'appareil générateur.

Nous l'avons dit déjà, une multitude de raisons, qui sont loin d'être honorables pour les mœurs, a fait chercher avec avidité, dans un grand nombre de substances, des vertus capables d'agir sur les organes de la génération. Il n'est sorte de préjugés que ce désir n'ait fait adopter. Il est peu de substances, en effet, qui agissent par des propriétés spéciales sur les organes génitaux, et parmi celles qui possèdent véritablement quelque faculté de ce genre, il n'en est point dont l'usage ne puisse entraîner les plus graves inconvénients, la mort même.

Il est rare aujourd'hui qu'on cherche à diminuer l'énergie des organes de la génération ; mais enfin, si quelque priapisme incommode fatiguait un individu, possédons-nous quelque moyen spécifique pour le faire cesser? Le *nymphœa alba*, si vanté dans les cloîtres, a-t-il vraiment une vertu anaphrodisiaque? Nous ne le pensons pas; et tout porte à croire que cette plante est au moins inutile, sinon dangereuse. Les meilleurs anaphrodisiaques sont les bains frais, les boissons fraîches, les émulsions d'amandes douces, de semences froides, l'eau d'orge, la limonade, et surtout l'abstinence et les saignées; en un mot, le traitement rafraîchissant, débilitant, dans toute sa rigueur.

Les médicaments toniques, excitants, diffusibles, sont les meilleurs et les plus puissants aphrodisiaques, et mieux qu'eux encore une alimentation excitante et fortement réparatrice. Toutefois, il existe une substance qui a la propriété d'exciter à un haut degré les organes génitaux; elle produit des érections fréquentes, durables, et augmente nécessairement la sécrétion spermatique, puisque celui qui en fait usage peut éprouver de nombreuses éjaculations. Mais ce moyen déplorable de réveiller des sens engourdis ne tarde pas à traîner après lui le délabrement de tous les organes, le marasme et la mort. Il existe dans les auteurs des exemples nombreux dans lesquels les malheureux qui avaient employé ce moyen avaient trouvé la mort au milieu de leurs jouissances effrénées.

Les cantharides enflamment l'estomac et les intestins, les reins, la vessie; elles constituent un des poisons âcres les plus énergiques. Lorsque la nature refuse le pouvoir de remplir une fonction, ce n'est pas sans danger qu'on s'expose à transgresser ses ordres.

S'il est en médecine un sujet dont la philosophie et même le sens commun semblent avoir été exilés jusqu'à ce jour, c'est bien celui des emménagogues. Il est vraiment curieux de voir avec quelle admirable confiance on a reconnu des vertus emménagogues dans certaines substances; mais c'est surtout le discernement, la sagacité avec laquelle on a précisé les indications, qui est vraiment digne d'admiration. Une fille, une femme éprouve une aménorrhée, une dysménorrhée, vite le cortége des emménagogues; et l'absinthe, l'armoise, le safran, la tanaisie, la rhue, la sabine, etc., d'être prodigués sans choix et avec profusion. Qu'arrive-t-il d'une semblable thérapeutique? C'est que si le dérangement menstruel dépend, comme cela arrive si fréquemment, d'une véritable révulsion, d'une irritation, d'une congestion vers un viscère éloigné, ces moyens violents augmentent cette cause de dérivation, aggravent les accidents, et peuvent occasionner la mort. Donnez donc à des médicaments des noms qui désignent des propriétés absolues!

Les moyens excitants que nous venons d'énumérer, et auxquels il faut joindre tous les stimulants énergiques, les gommes résines fétides, les préparations ferrugineuses, ne sauraient convenir que chez les personnes faibles, molles, sans réaction, et qui n'ont aucune maladie organique. Il est juste de dire que quelques-unes de ces substances n'agissent pas seulement comme excitants généraux, mais semblent exercer une action plus spéciale sur la circulation utérine : ce sont la rhue et la sabine.

Le seigle ergoté paraît jouir de la singulière propriété d'exciter les contractions de l'utérus, de faciliter l'accouchement, et même de provoquer l'avortement. On sent combien de dangers une pareille drogue peut entraîner.

Lorsqu'une maladie aiguë a déterminé la suppression des menstrues, ou lorsqu'une cause directe a produit d'abord cette suppression et donné naissance à quelque phlegmasie, ce n'est pas au moyen des emménagogues qu'on doit chercher à les faire reparaître, mais bien par des sangsues à la vulve, des bains de siége chauds, des cataplasmes sinapisés à la partie supérieure et interne des cuisses, des ventouses sèches ou scarifiées, etc., et le traitement exigé par l'affection récente; voilà les emménagogues que le sens commun prescrit.

Médications spécifiques.

Ce n'est guère que dans les maladies dont la nature est inconnue, et qui reconnaissent une véritable spécificité, que les médications dont nous parlons sont applicables. Les épaisses ténèbres qui couvrent ces sortes de maladies offraient une vaste carrière aux partisans innombrables de l'empirisme; aussi s'y sont-ils précipités à l'envi avec une espèce de fureur. C'est là que, ne craignant plus le flambeau de la raison, ils ont pu tout oser impunément. La médecine rationnelle se déclarant impuissante, il n'est sorte d'absurdités qui n'aient été mises en avant, préconisées, soutenues avec acharnement, et bientôt abandonnées, lorsqu'une expérience rigoureuse en a fait reconnaître la vanité. Que de moyens héroïques tour-à-tour prônés avec enthousiasme et bientôt rejetés avec mépris! Quels volumes ne ferait-on pas avec les moyens soi-disant *spécifiques*, vantés seulement pour la goutte!...

Toutefois, au milieu de cet amas impur de formules absurdes, de ces dégoûtantes erreurs de l'esprit humain, un petit nombre de moyens véritablement spécifiques, autant que peuvent l'être des médicaments, c'est-à-dire qui produisent un effet identique *dans le plus grand nombre des cas*, ont véritablement enrichi l'art de guérir. A la tête de ces moyens se montre la vaccine, une des plus belles découvertes de ces temps modernes et des plus utiles. Il n'entre pas dans notre plan d'en décrire les procédés, mais nous devons la signaler comme le seul moyen à opposer au fléau hideux et funeste qui dégrade ou décime l'espèce humaine.

On a proposé récemment de cautériser les boutons de l'éruption variolique, afin de s'opposer à son développement. Quelques médecins ont affirmé avoir retiré de bons effets de cette méthode perturbatrice; mais l'expérience n'a pas encore prouvé que cette méthode fût entièrement exempte de dangers, sinon présents, du moins à venir. Les exemples de cautérisation, dont j'ai été témoin, n'ont pas été suivis de succès.

On a proposé la même opération pour le zona, maladie si simple et si peu dangereuse par elle-même, que je crois le remède pire que le mal. Cependant si cette éruption paraissait devoir prendre un grand développement, on ferait peut-être bien d'y recourir.

La gale reconnaît, dit-on, une cause spécifique, et dès-lors nul doute qu'elle ne reconnaisse aussi un traitement spécifique. Cependant bien des maladies évidemment spécifiques, telles que la rougeole, la scarlatine, etc., guérissent fort bien par le traitement simple. La gale est traitée diversement par les médecins qui s'occupent spécialement des maladies de la peau. Les amers à l'intérieur, les diaphorétiques, les bains chauds, les fumigations sulfureuses, les lotions avec le sulfure de potasse étendu d'eau, le soufre *intus* et *extus*, les lotions mercurielles, les frictions avec les pommades de même nature, avec l'onguent citrin; l'ellébore blanc, etc. : tels sont les principaux moyens qu'on emploie contre la gale, et qui la guérissent ordinairement, sinon par une vertu spécifique, au moins empiriquement.

M. Bretonneau a proposé un traitement particulier contre l'angine dite gangréneuse, et nous croirions commettre une omission grave si nous le passions sous silence.

Ce traitement consiste à cautériser les membranes qui sont le siége de l'inflammation avec l'acide hydrochlorique : à l'aide d'une éponge fine, solidement fixée au bout d'une tige flexible de baleine convenablement recourbée, on porte au fond du pharynx et sur les tonsilles l'acide hydrochlorique; l'acide doit être concentré, et l'éponge seulement imbibée. Dans le premier moment l'inflammation paraît aggravée; les concrétions sont plus épaisses et plus étendues; vingt-quatre heures plus tard, les effets de l'acide sont bornés et ont atteint leur dernier terme. Lorsque les concrétions cessent de s'étendre et commencent à se détacher, on doit éloigner les applications d'acide; on les pratique plus rarement et plus légèrement. Ces moyens sont souvent couronnés de succès. Le même auteur se loue aussi beaucoup du traitement mercuriel, qui constitue un traitement empirique. Mais on ne peut se dissimuler que ce moyen n'ait eu souvent des suites graves et funestes. Le même médecin emploie encore quelques autres caustiques, et principalement l'alun qu'il insuffle dans la bouche.

L'empirisme s'est emparé aussi du traitement de la dyssenterie; mais il nous reste peu de moyens véritablement utiles parmi tous ceux qu'on a tentés. Les purgatifs, les narcotiques sont encore fort vantés, et employés par quelques médecins; mais nous croyons plus raisonnable de se diriger d'après les données de la thérapeutique générale.

La colique des peintres, qui paraît être un empoisonnement véritable, est traitée avec efficacité de la manière suivante, qui est aussi entièrement empirique. Un lavement purgatif, composé d'une décoction d'une demi-once de séné dans une livre d'eau, dans laquelle on ajoute une demi-once de sulfate de soude et quatre onces de vin émétique, est administré le premier jour. Pour boisson, le malade prend deux livres d'eau de casse, avec addition d'une once de sulfate de magnésie, et trois grains d'émétique; le soir, à cinq heures, on donne un lavement composé de six onces d'huile de noix, douze onces de vin rouge; à huit heures, un bol de thériaque et d'opium.

Le second jour, on provoque le vomissement au moyen de six grains d'émétique dans huit onces d'eau; une tisane sudorifique est donnée dans la journée; le soir, même lavement et même bol que la veille.

Le troisième jour, tisane sudorifique rendue laxative avec une once de séné; le malade prend cette tisane en quatre doses le matin, et la tisane sudorifique simple le reste du jour. Le soir, à quatre heures, un lavement purgatif; à six heures, le lavement anodin, et à huit heures, le bol de thériaque.

Le quatrième jour, on donne une potion purgative composée de six onces d'infusion de séné, d'une demi-once de sulfate de soude, d'un gros de jalap en poudre, et d'une once de sirop de nerprun. Pendant le jour, la tisane sudorifique; le soir comme la veille, à six et à huit heures.

Le cinquième jour, tisane sudorifique laxative; à

quatre heures, lavement purgatif; à six et à huit heures, comme la veille.

Le sixième jour, potion purgative, tisane sudorifique simple, lavement anodin, bol de thériaque.

On peut ajouter à ces moyens des bols purgatifs, lorsque l'effet qu'on attend n'est pas assez prononcé.

L'empirisme le plus hideux est tellement empreint sur ce traitement, il porte avec lui une apparence si barbare, que ce n'est pas sans répugnance que nous nous décidons à l'exposer. Mais quoique la raison le repousse, elle doit courber la tête devant l'expérience, qui en a irrévocablement fixé l'efficacité.

Les vers intestinaux, dont l'existence dans nos organes est un problème si difficile à résoudre, exigent aussi des moyens empiriques. Le traitement des entozoaires n'est pas une chose aussi facile que se l'imaginent les apothicaires, les herboristes et les gens du monde. Un enfant a des vers, il en a rendu, ou même on présume simplement qu'il en existe, à quelques symptômes vagues, et sur-le-champ on prodigue les anthelmintiques.

Si les anthelmintiques étaient des moyens peu actifs, ils pourraient être administrés sans inconvénients; mais lorsqu'on réfléchit que ces médicaments sont tous ou des toniques très-énergiques, des excitants ou des purgatifs, on ne peut s'empêcher de frémir en songeant à la facilité avec laquelle on les administre.

Il existe souvent, concurremment avec les vers, des irritations intestinales; l'enfant éprouve de violentes coliques, du dévoiement; la peau est chaude, brûlante; les lèvres sont rouges; le pouls est fréquent, la face pâle, les yeux sont ternes, enfin tous les symptômes d'une gastro-entérite existent. Les vers ne sont-ils qu'un épiphénomène, ou sont-ils la cause de l'irritation? Croit-on que ce soit une chose facile à déterminer? Si les vers ne sont qu'une complication, à quels accidents n'expose pas l'administration de vos remèdes actifs? N'allez-vous pas augmenter l'inflammation et peut-être entraîner le malade au tombeau? Si les vers mêmes sont cause de l'irritation, si déjà cette irritation est très-prononcée, les anthelmintiques ne vont-ils pas l'augmenter encore et compromettre l'existence du malade?

Lorsqu'un enfant a rendu des vers, on a acquis à la vérité la certitude qu'il en existait; mais sait-on s'il en existe encore, et les symptômes éprouvés par le malade dépendent-ils de la présence de ces vers ou d'une inflammation des intestins? Voilà les questions vraiment difficiles à résoudre, qui se présentent à l'esprit du médecin qui ne se laisse pas conduire par un aveugle hasard.

Dans tout état de choses les anthelmintiques ne devront être administrés que lorsque le malade ne présentera que peu de phénomènes généraux. Avant tout, il faudra chercher à préciser la cause qui a donné naissance aux entozoaires : si l'on soupçonne une mauvaise alimentation, le meilleur anthelmintique sera le changement total de régime.

Les remèdes qu'on a préconisés contre les vers sont innombrables. On a fait des bières, des vins, des biscuits, des électuaires, des élexirs, des gelées, des opiats, des pastilles, des pilules, des poudres vermifuges, etc.

Lorsque l'enfant est pâle, décoloré, lymphatique, scrofuleux, on peut lui donner des extraits amers d'absinthe, de gentiane, d'aloès, de centaurée, de rhubarbe; mais il est difficile de masquer la saveur de ces drogues, et par conséquent difficile de les faire prendre. Le ricin, le mercure doux, les préparations d'étain, les décoctions de mousse et de coralline de Corse, les sirops de ces substances, l'absinthe, la tanaisie, la camomille, la gratiole en infusion dans l'eau chaude ou dans le vin blanc, etc., pourront être essayés lorsqu'il n'existera pas de contre-indication.

L'espèce d'entozoaire connue sous le nom de ténia, dont il existe plusieurs variétés, a été combattue par diverses méthodes de traitement, qui toutes ont été plus ou moins infructueuses. Chaque médecin a la sienne. M. Bourdier en employait une qui a joui d'une certaine célébrité; elle consiste à donner le matin un gros d'éther sulfurique dans un verre d'une forte décoction de racine de fougère mâle. Environ une heure après, on donne deux onces d'huile de ricin et deux onces de sirop simple. On peut donner plus tard un lavement de décoction de fougère et un gros d'éther. M. Dubois a proposé un traitement particulier, composé d'irritants extérieurs, d'adoucissants intérieurs, et terminé par un purgatif drastique, etc. Dans ces derniers temps, on a beaucoup vanté la décoction de l'écorce de la racine de grenadier. Enfin, M. Darbon a, plus récemment encore, composé un remède dont on a obtenu à la Charité les plus heureux succès. J'ai cependant vu des malades qui en avaient vainement fait usage.

Depuis le mémoire ingénieux de M. Magendie, la gravelle a en quelque sorte trouvé son remède spécifique dans la diète non azotée; le régime végétal exclusif, les boissons aqueuses et légèrement diurétiques, la privation des excitants de toute espèce sont des moyens héroïques contre cette maladie.

Malgré les raisonnements et les affirmations des médecins physiologistes, les personnes sensées qui ne se rendent qu'à des faits positifs bien démontrés, et qu'à des propositions bien déduites et solidement établies, persistent à croire qu'on ignore la *nature* des fièvres intermittentes, et que les phlegmasies que l'on rencontre avec ce type ne sont ou que des effets, ou que le résultat d'une simple coïncidence, et ne prouvent rien relativement à la nature de la maladie et relativement à sa thérapeutique.

C'est une chose bien singulière que les affections les plus obscures, celles dont la nature nous est le plus inconnue, soient cependant celles que nous combattons avec le plus de succès. Il y aurait vraiment de quoi confondre l'orgueil de notre raison, si ces faits étaient plus multipliés. Aucun traitement n'est plus rigoureusement spécifique, dans toute la force de l'expression, que celui des fièvres intermittentes. Toutefois il en est qui résistent à l'emploi le mieux ordonné des moyens fébrifuges, et il en est qui cèdent à des médicaments qui ne passent pas pour être revêtus de ces qualités. Bien plus, le traitement simple, basé sur les règles de la thérapeutique générale, suffit souvent pour faire disparaître ces affections. On peut même ajouter qu'il n'en est aucune qui n'exige un grand nombre de moyens généraux.

C'est ainsi que, pendant les accès, dans les divers stades du froid, de la chaleur et de la sueur, il est des précautions à prendre pour modérer, calmer les accidents, pour en diminuer l'intensité et la durée. Les besoins des malades, la sagacité du médecin, les principes généraux que nous avons exposés précédemment devront diriger la conduite à tenir dans ces circonstances. Lorsque la maladie se prolonge peu-

dant un certain temps, et qu'elle paraît porter atteinte à l'organisme, il est nécessaire d'en arrêter le cours. Il ne faut pas attendre que sous son influence il se soit formé des altérations organiques profondes; il ne faut pas attendre qu'une habitude, depuis long-temps contractée, rende les accès opiniâtres; il est un terme moyen qu'il faut saisir, et si l'on devait pécher par un excès, ce serait plutôt en combattant la maladie prématurément qu'en attendant trop tard.

Avant de donner le fébrifuge, on administrait autrefois des purgatifs et des vomitifs. L'utilité de ces moyens est loin d'être parfaitement établie, et les signes d'embarras gastrique et intestinal doivent être bien clairs pour en exiger l'emploi. Les saignées sont bien plus souvent et bien plus évidemment indiquées, lorsqu'il existe des signes d'irritation et de réaction bien prononcés, surtout si un état de pléthore persiste dans l'apyrexie: une ou plusieurs saignées pourront être nécessaires pour assurer le traitement antipyrétique.

L'indication de combattre la fièvre se tire, en général, du danger plus ou moins prochain dont elle semble menacer le malade.

Les indications thérapeutiques sont modifiées par une multitude de circonstances dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer. L'âge, le sexe des malades, l'état de grossesse, l'allaitement, l'accouchement; les accidents particuliers qui se montrent dans ces fièvres, le caractère propre qu'elles présentent, les phénomènes consécutifs qu'elles offrent, tels que les céphalalgies, le vomissement, les engorgements des viscères, les infiltrations séreuses, et un grand nombre d'autres circonstances, modifient nécessairement le traitement à mettre en usage. Nous supposons ici la maladie dans son état le plus ordinaire, c'est-à-dire exempte de toutes ces circonstances.

Un grand nombre de moyens ont été conseillés pour la combattre, mais aucun ne réussit d'une manière plus sûre que le quinquina et quelques-unes de ses préparations. Dans un temps où il était difficile de se procurer cette substance, on a cherché à le remplacer par d'autres moyens, ainsi que dans les cas où ce médicament ne peut être pris et où il a échoué. Les principaux sont l'écorce de saule, de chêne, de marronnier d'Inde; les plantes amères et aromatiques, le musc, le camphre, le castoréum, l'éther sulfurique, les huiles essentielles; les narcotiques, les sudorifiques, les purgatifs, l'eau de mer, les eaux minérales ferrugineuses, les sels de fer, de cuivre; l'arséniate de potasse et de soude, la compression, les frictions sur la colonne vertébrale; les rubéfiants, les vésicants, les bains tièdes, les changements d'habitation, les écarts de régime, l'usage exclusif de l'eau, le bain froid, et une multitude de remèdes vulgaires. Plusieurs de ces moyens comptent des succès incontestables; mais nous pensons qu'on ne doit y avoir recours que dans le cas où le remède fébrifuge par excellence a échoué, et que la cause de son insuccès ne tient pas à quelque lésion profonde des viscères.

Lorsque l'administration du quinquina est jugée nécessaire, et que le malade est convenablement disposé, voici quelques règles générales qu'on doit suivre :

Avant qu'on eût découvert le principe actif du quinquina, on donnait cette substance en poudre.

Lorsqu'on administre le quinquina en poudre, ce qui est aujourd'hui assez rare, parce qu'on préfère donner le sulfate de quinine, on le mêle dans un véhicule liquide, ou bien on le donne sous forme de bols ou de pilules. Nous préférons le premier mode d'administration, quoique présentant une saveur plus désagréable, parce que ce médicament paraît agir alors d'une manière plus efficace, et que bien des malades ne peuvent pas avaler de bols. La quantité de quinquina que l'on doit faire prendre varie suivant un assez grand nombre de circonstances. L'intensité de la maladie, son opiniâtreté, sa durée, doivent guider le médecin. Si la maladie marche rapidement, avec violence, menace le malade d'une mort prompte, nul doute qu'il ne faille agir plus énergiquement, et donner sur-le-champ une haute dose de fébrifuge, afin de mettre à l'affection le terme le plus prompt; dans ces cas on pourra donner de une à deux onces de poudre de quinquina dans l'intervalle d'un accès à l'autre. Le type de la maladie fait varier aussi cette quantité; il est presque inutile de dire qu'elle doit être plus grande à proportion que l'intervalle qui sépare les accès est plus long. On doit en continuer l'usage long-temps si la maladie compte déjà un grand nombre de jours. Si l'individu est faible, cacochyme, vieux, la dose de fébrifuge devra être plus élevée. Si la maladie est simple, peu grave, on ne donnera qu'une faible quantité de ce médicament.

L'expérience a prouvé qu'il fallait administrer le quinquina dans l'intervalle des accès, dans l'apyrexie. Nous pensons qu'on doit partager en plusieurs prises la masse à donner pendant l'intermission, et la faire prendre à des intervalles à peu près égaux, de manière qu'il y ait toujours quelque temps d'écoulé après le dernier accès, et quelque temps à s'écouler avant l'accès futur. Il est cependant quelques cas rares où il pourrait être nécessaire de donner le quinquina en une seule fois; ce serait celui d'une fièvre pernicieuse, dont l'accès prochain pourrait emporter le malade : alors, si l'on n'avait que peu de temps devant soi, on devrait faire prendre le quinquina en une seule fois.

Le quinquina produit une chaleur sensible à l'épigastre, une pesanteur dans cette région, et surtout de la soif; il détermine souvent le vomissement, quelquefois de la céphalalgie, de la chaleur à la peau, et l'élévation du pouls. Ces phénomènes locaux et généraux attestent manifestement que le remède fatigue le ventricule, qu'il irrite même ce viscère, qu'il cause, en un mot, un travail pénible de digestion; mais l'expérience prouve que ces effets primitifs ne se manifestent guère qu'une fois ou deux, après quoi ils disparaissent, et que par conséquent ils ne peuvent être une raison suffisante de suspendre ce moyen curatif.

L'accès qui doit suivre l'administration du quinquina manque quelquefois tout-à-fait; d'autres fois il est seulement plus faible; dans certains cas, le frisson ne se représente plus, et l'accès a lieu en chaud; dans d'autres, l'accès n'éprouve aucun changement, et même il peut être plus fort; l'accès peut aussi être retardé.

Quoique le malade paraisse guéri, on doit persister dans l'usage du quinquina, dont on affaiblit et dont on éloigne successivement les prises. On le continue aux mêmes doses, et même on l'augmente si l'accès a seulement été affaibli ou retardé; si cet accès est plus fort que l'accès précédent, on en suspend l'usage pendant une intermission pour y revenir ensuite. Si ce même phénomène se produisait, la prudence voudrait qu'on en suspendît entièrement l'usage. Il est vraisemblable alors que la maladie n'est pas de *nature intermittente*, ou qu'il existe quelque complication d'inflammation gastrique ou autre, ou que le quinquina n'a pas les qua-

lités requises; enfin, il existe une cause qu'il faut s'attacher à reconnaître.

Dans les fièvres intermittentes, on doit, dans l'intervalle des accès, donner une tisane amère, telle que l'infusion de camomille, de centaurée, de gentiane, de houblon, de petit chêne, de chardon-béni, etc., et pendant l'accès une tisane rafraîchissante, de la limonade, de l'eau d'orge, de chiendent, etc.

Il n'est pas toujours possible d'administrer le quinquina en poudre. Il est des malades qui éprouvent pour ce médicament une répugnance invincible; il en est qui le vomissent constamment. On a proposé de le remplacer par le vin de quinquina, par sa décoction, son extrait alcoholique; mais ces moyens supplémentaires sont loin d'être aussi sûrs que celui dont nous venons de parler. On peut aussi dans ce cas l'administrer en bains, en cataplasmes, en lavements, mais son effet est encore plus incertain. L'union du quinquina et de l'opium est quelquefois utile; elle empêche le vomissement et la défécation, et favorise ainsi l'action du fébrifuge.

Mais, de tous les moyens, sans contredit le meilleur, et que l'on préfère même aujourd'hui au quinquina en nature, c'est le sulfate de quinine. M. Pelletier obtint du quinquina jaune un principe immédiat alcalin, auquel il donna le nom de quinine, et du quinquina gris un principe analogue, qu'il appela cinchonine. Ces principes étant peu solubles, il imagina d'en former des sels solubles avec l'acide sulfurique. Il obtint ainsi le sulfate de quinine et de cinchonine, qu'il regarda comme contenant le principe actif du quinquina. Des essais furent tentés par M. Chomel à l'aide du premier de ces sels, et l'expérience vint confirmer les espérances du chimiste; ce médecin obtint les plus heureux effets de cette substance.

La commodité de son administration, son action sous un petit volume, la facilité d'en marquer la saveur, etc., le rendent en effet bien préférable au quinquina lui-même, qui repousse par son amertume, qu'il faut donner sous un volume qui le rend difficile à prendre, et dont la digestion est très-pénible à cause de la quantité des parties ligneuses inertes qui le composent. On donne ce médicament dans les mêmes cas, et on en modifie l'emploi pour les mêmes raisons que nous avons exposées pour le quinquina lui-même; on commence par une dose de huit à dix grains; on peut le porter jusqu'au double, si le cas l'exige.

De même que nous avons renvoyé aux savants ouvrages de M. le professeur Orfila, pour ce qui concerne l'histoire des empoisonnements, nous devons y renvoyer encore pour ce qui regarde leur thérapeutique. C'est là seulement, en effet, c'est à cette source féconde qu'on pourra puiser tous les documents utiles en pareille matière.

Toutefois, nous pouvons exposer ici les principales données thérapeutiques que présentent les empoisonnements.

S'ils ont déterminé une inflammation, il faudra recourir au traitement antiphlogistique, dont on proportionnera l'énergie à l'intensité des symptômes et à la force du sujet. Lorsqu'on ignorera la nature de la substance toxique, ou qu'on ne pourra se procurer le contre-poison, des boissons tièdes, prises abondamment, le vomissement provoqué par la titillation de la luette, les gommeux, les mucilagineux, l'eau sucrée, etc., seront les moyens qu'on devra mettre sur-le-champ en usage. Mais lorsqu'on connaîtra la nature de la substance toxique, on ne devra plus se borner à ces moyens simples, on devra recourir à des agents plus énergiques.

Si l'empoisonnement est produit par une substance irritante dont on connaît le contre-poison, on devra se hâter de l'administrer, si le poison a été ingéré récemment; car, dans le cas contraire, ou il a été rejeté par le vomissement et par les selles, ou il a produit tout l'effet qu'il devait produire, et l'on ne doit alors employer que des moyens généraux. Dans l'empoisonnement par les acides concentrés, par le phosphore et par l'iode, on gorgera le malade d'eau, dans laquelle on aura fait dissoudre une once de magnésie pure par litre. On en donnera un verre toutes les deux minutes. Ainsi on favorisera le vomissement et on neutralisera l'acide. L'eau de savon pourra remplacer la magnésie. La craie, le corail, les yeux d'écrevisse délayés dans de l'eau pourront être utiles. Si le poison est un alcali, la limonade, l'oxycrat seront donnés en abondance. Si le toxique est le sublimé corrosif ou un sel soluble de mercure, douze ou quinze blancs d'œufs dans deux pintes d'eau froide seront le meilleur moyen à lui opposer. On pourra y substituer le gluten préparé à la manière de M. Taddei. Le même moyen conviendra pour les sels de cuivre. Pour les sels d'antimoine, on emploiera une décoction de noix de galle, de tan, de saule ou de chêne. Le lait sera utile dans l'empoisonnement par l'étain; l'eau salée, avec l'hydrochlorate de soude, neutralisera le nitrate d'argent; le sulfate de soude ou de magnésie sera très-utile dans l'empoisonnement par le plomb et la baryte.

Si le poison a été ingéré depuis long-temps, le traitement général antiphlogistique doit être le seul employé, à moins qu'il n'y eût eu ni selle ni vomissement, auquel cas on devrait administrer concurremment le contre-poison.

Si la déglutition était impossible, on devrait introduire le liquide dans l'estomac au moyen d'une grosse sonde en gomme élastique, à laquelle on adapterait une seringue pour injecter les liquides et les retirer par l'aspiration. Ce moyen ingénieux a été proposé par M. Dupuytren.

Il est des poisons irritants dont on ne connaît pas les contre-poisons; ce sont les composés d'arsenic, d'or, de bismuth, de zinc, le nitrate de potasse, le sel ammoniac, le foie de soufre, les cantharides, les végétaux âcres, etc. Les boissons délayantes, prises abondamment, sont dans ces cas les seuls antitoxiques qu'on puisse employer.

Lorsque des substances animales ont produit l'empoisonnement, et qu'il n'existe pas d'irritation gastrique, on peut administrer un vomitif. Si des corps aigus, tels que le verre et l'émail, ont produit les accidents, on fera manger au malade des fécules, des haricots, des pommes de terre, de manière à ce que la pâte chymeuse enveloppe le corps irritant; on produit ensuite le vomissement, après quoi on emploie les antiphlogistiques.

Les poisons narcotiques seront combattus par les vomitifs et les purgatifs; on administrera ensuite une infusion de café et de l'oxycrat. La saignée peut être quelquefois nécessaire.

Les poisons narcotico-âcres, qui ne reconnaissent aucun contre-poison, méritent une médication particulière. Il faut, dans ces cas, favoriser le vomissement et les selles par des moyens qui n'irritent pas les intestins, après quoi on donne des délayants et des potions éthérées qui sont propres à dissiper le narcotisme. En général, on devra soustraire le malade à la cause toxique, et s'opposer à ses effets ultérieurs.

Lorsqu'on est appelé pour donner des secours à un asphyxié, la première chose à faire c'est d'enlever le malade aux causes qui ont produit l'accident; après quoi l'on met en usage les moyens généraux. Si l'asphyxie dépend de la privation d'air, l'insufflation par la bouche ou par les fosses nasales (1), ou même, si quelque obstacle s'opposait à cette opération, par une ouverture pratiquée au larynx ou à la trachée-artère, serait le premier moyen à employer. Si la strangulation a occasionné l'asphyxie, il est inutile de dire qu'il faut détacher les liens qui l'ont produite; si c'est la présence d'un corps étranger introduit dans les voies aériennes, il faut retirer ce corps. L'accident est-il causé chez un enfant naissant par l'accumulation de mucosités accumulées dans l'arrière-bouche, il faut chercher à débarrasser cette cavité. Si le nouveau-né est fort, que la peau soit injectée, violette, on devra laisser couler une certaine quantité de sang par le cordon ombilical; dans le cas contraire, on s'empressera de le lier, et l'on pourra en même temps administrer une légère dose de vin chaud sucré; on fera des frictions sur le corps. Si l'asphyxie a été produite par l'immersion dans l'eau, il faudra essuyer l'individu, le chauffer, le frictionner, le saigner, et employer d'ailleurs les moyens généraux dont nous allons parler. L'asphyxie produite par divers gaz n'exige guère de moyens particuliers; dans celle qui est occasionnée par les gaz méphitiques, l'inspiration de l'oxygène pourrait être salutaire.

Mais ces secours ne sont pas les seuls que le médecin puisse administrer à son malade; il en est un grand nombre d'autres que nous allons nous borner à exposer succinctement, et qui sont très-propres à rappeler l'individu à la vie. Ces moyens sont presque tous des excitants dirigés sur les organes les plus irritables, et qui périssent les derniers.

Après avoir dépouillé le malade de ses vêtements, l'avoir exposé à l'air libre, soustrait à la cause asphyxiante, il faut se hâter d'appliquer les moyens excitants, et persévérer dans leur application. On pratiquera donc des frictions avec la main, ou à l'aide d'une brosse sèche plus ou moins rude, avec un linge ou une étoffe de laine; on emploiera des liniments ammoniacaux, l'eau-de-vie camphrée; on appliquera l'eau bouillante, des sinapismes, des vésicants, des ventouses, des aspersions d'eau froide ou d'oxycrat; le bain froid dans quelques cas. On dirigera dans les fosses nasales des odeurs pénétrantes, l'ammoniaque, l'éther, l'acide acétique, des eaux distillées; on donnera des clystères irritants, purgatifs, chauds, froids; la fumée ou la décoction de tabac seront dirigées dans les gros intestins, on devra titiller la luette; on cherchera à provoquer le vomissement en introduisant un vomitif dans le ventricule. Le galvanisme, l'électricité, seront mis en usage avec succès. Les saignées du bras, du pied, de la veine jugulaire, sont principalement indiquées lorsque le sang veineux stagne dans les veines et dans le système capillaire; ce qu'on reconnaît facilement à la couleur bleue de la peau et à la distension des veines superficielles. La saignée du cou est préférable dans la strangulation, et lorsque la face est vultueuse, etc.

Les empoisonnements miasmatiques, que nous avons décrits sous le nom de typhus, ne reconnaissent encore qu'un traitement fondé sur les données de la thérapeutique générale. Nous pensons cependant que, eu égard à la cause particulière qui paraît les produire, on découvrira sans doute des moyens par lesquels on obtiendra des succès plus constants, plus nombreux que ceux que l'on retire des moyens ordinaires. C'est sous ce rapport qu'il serait intéressant de dévoiler la nature de la cause miasmatique.

Dans la ferveur de quelques médecins pour les principes de la doctrine physiologique, ne voulant voir partout qu'irritation gastrique et irritation simple, on fit des efforts innombrables pour tout ramener à cette idée fondamentale du nouveau système; on sentit que, s'il était une fois prouvé qu'il existait une irritation spécifique, rien n'empêchait qu'il en existât plusieurs, et s'il existait des irritations spécifiques, qu'il n'existât aussi des maladies qui ne sont pas des irritations; que dès-lors le système était battu en brèche par sa base, et devait infailliblement crouler, ainsi qu'il est advenu. On chercha donc à accumuler le plus de preuves possibles pour soutenir ces étranges assertions. La contagion de la peste, du typhus, de la fièvre jaune, de la gale, de la rage, de la variole, fut révoquée en doute; on compta assez sur la stupidité générale pour espérer qu'on pourrait établir d'aussi étranges assertions; et toutefois le mépris que les propagateurs de ces doctrines insensées affectaient pour leurs confrères, faillit être un moment justifié par l'aveuglement universel. La syphilis ne pouvait manquer d'attirer leur attention, et ils furent heureux de trouver en Angleterre, en Amérique, en Allemagne, des médecins qui soutenaient avec chaleur que la syphilis n'était pas contagieuse, qu'elle guérissait par le traitement simple, que le mercure seul occasionnait les accidents consécutifs qu'on attribuait au vice vénérien. Ils s'emparèrent avec avidité de ces trésors, et les exploitèrent à leur profit. Il faut voir comment ils prospérèrent pour quelques jeunes gens qui, entraînés par leur éloquence, s'inoculèrent la syphilis! Mais ce qui est plus admirable encore, c'est l'audace avec laquelle certains auteurs cherchent à pallier ces horribles effets de l'esprit de système, pour en rejeter l'odieux sur ceux qui ne partagent pas leurs opinions. Laissons-les se débattre dans les convulsions de leur rage expirante, et félicitons-nous si, grâce à une longue et vive résistance, nous sommes enfin parvenus à ramener la génération dans des voies plus raisonnables. Nous ne redirons pas que les preuves accumulées par ces écrivains n'ont pas la moindre valeur pour celui qui possède la logique la plus légère, nous renvoyons le lecteur à ce que nous en avons dit précédemment. D'après notre manière de voir, il est indubitable que la syphilis ne doive être traitée par des moyens spécifiques.

Il n'est peut-être aucune maladie contre laquelle on ait employé plus de remèdes que la syphilis; il n'en est aucune pour laquelle on ait inventé une plus grande diversité de méthodes curatives, et dans laquelle on ait davantage varié les formes de traitement. Le mercure a subi autant de métamorphoses qu'on peut compter de formes de syphilis, c'est-à-dire une quantité innombrable. On ne s'attend pas sans doute à trouver ici tous ces détails de matière médicale, détails qui ne peuvent être donnés que dans des monographies.

Chaque médecin ayant, pour ainsi dire, une formule à lui, nous nous bornerons à exposer brièvement les procédés les plus ordinaires, et

(1) On a pensé récemment que cette opération n'était pas sans danger; on a fait beaucoup d'expériences pour prouver que l'insufflation altérait le tissu pulmonaire; les résultats de ces expériences ne sont pas encore généralement admis, mais tout cela prouve du moins qu'il faut procéder avec ménagement à cette opération.

entre autres l'usage du mercure à l'intérieur et à l'extérieur.

On conçoit qu'une multitude de circonstances doivent faire modifier le traitement que l'on emploie. Ces circonstances dépendent de la maladie elle-même et de l'individu. La maladie est récente ou ancienne, primitive ou consécutive; elle présente une série d'accidents qui réclament les moyens particuliers. Elle se manifeste aux parties génitales par des écoulements, des chancres, des végétations; aux parties plus éloignées, par des bubons, des rhagades, des tumeurs de toute espèce, des ulcères, etc.; enfin elle peut revêtir toute sorte d'aspects, et chacune de ces modifications doit en exiger dans le traitement auquel on a recours. Il en est de même d'une foule de circonstances individuelles, des dispositions à certaines maladies, une répugnance invincible pour certains moyens, etc.

Dans les cas les plus communs, on emploie le mercure à l'intérieur, et à l'extérieur en frictions.

La liqueur de Van Swicten, c'est-à-dire une solution de deuto-chlorure de mercure dans de l'eau distillée (sublimé corrosif, un quart ou un demi-grain dans une cuillerée), est la préparation le plus ordinairement employée. On commence par un quart de grain, que l'on continue pendant huit jours environ, après quoi on donne un demi-grain. On doit mettre cette dissolution dans quatre onces d'eau d'orge, d'eau de gomme, de chiendent, dans un verre de lait, etc.; on en continue l'usage jusqu'à ce que le malade en ait pris vingt-cinq ou trente grains, plus ou moins, suivant la nature des accidents. Lorsque les symptômes locaux ont disparu, il ne faut pas croire pour cela le malade guéri; il convient alors de persévérer quelque temps dans l'usage du remède. Malheureusement les malades qui se croient hors d'affaire négligent ce conseil, et c'est à leur négligence qu'ils doivent les accidents consécutifs de cette horrible affection. Des bains chauds, des bains de vapeurs, des sudorifiques à l'intérieur, un régime doux et modéré, doivent seconder ce traitement.

Lorsque quelque circonstance particulière s'oppose à cette méthode de traitement, on emploie le mercure en frictions. L'onguent mercuriel, c'est-à-dire le mélange d'une certaine quantité de mercure oxydé avec un corps gras, est le médicament dont on se sert ordinairement. On commence par un demi-gros; le malade se frotte la partie interne des jambes, des cuisses ou des bras; au bout de quelque temps, on augmente la dose; on la porte à un gros et même à deux, suivant les accidents, et suivant que le malade supporte plus ou moins bien ce remède. On ne doit faire ces frictions que tous les deux jours, et alterner avec des bains chauds; on donne d'ailleurs les mêmes boissons, et on recommande les mêmes précautions que pour le deuto-chlorure : la dose d'onguent mercuriel est de quatre à six onces pour un traitement complet. On emploie aussi le proto-chlorure de mercure en pilule; on en donne de trois à six grains par jour, et même plus, si la salivation ne se manifeste pas.

Enfin on a proposé de remplacer ces moyens par l'hydrochlorate d'or, et plusieurs praticiens s'en louent beaucoup. On mêle un grain de ce sel avec une poudre inerte; on le divise en seize parties, on en fait des frictions sur les gencives et sur la langue. On ne doit commencer que par des frictions d'un seizième de grain pendant quinze jours, puis par un quinzième de grain pendant le même temps; le troisième grain sera divisé en quatorze parties, le quatrième en treize, ainsi de suite. On devra en employer jusqu'à sept à huit grains. Lorsque le mercure occasionne des accidents, le sel d'or le remplace avantageusement.

On a publié dans plusieurs journaux divers moyens de traiter et de guérir la rage, on a attribué à certaines plantes la propriété antirabiéique. On a prétendu qu'à une certaine époque après la contagion il se développait sous la langue des pustules qu'on devait ouvrir avec soin et cautériser, qu'avec cette précaution les accidents ultérieurs ne se manifestaient pas. On a trouvé cette méthode établie depuis des temps immémoriaux dans des contrées très-étendues, en Russie, en Grèce, etc. Mais jusqu'à ce que des observations cliniques faites sous nos yeux nous aient démontré l'efficacité de ces moyens, qu'il nous soit permis de rester dans le doute à leur égard. Quant aux propriétés héroïques de l'*alisma plantago* et autres simples, nous sommes moins encore disposé à adopter les merveilles que l'on en raconte. Il faut voir. Jusque-là nous devons déclarer qu'il n'existe qu'un seul traitement vraiment efficace : c'est le traitement préservatif, c'est la cautérisation profonde, prompte, énergique, des morsures, soit au moyen d'un caustique concentré, soit mieux encore à l'aide du cautère actuel.

Nous passons sous silence le traitement de la morsure des animaux venimeux, dont la chirurgie s'est emparée.

Des agents de l'hygiène considérés comme moyens thérapeutiques.

Les modificateurs nombreux de l'organisme, dans l'état sain, sont la plupart utilement employés dans le traitement des maladies. Ils secondent, de la manière la plus efficace, les agents thérapeutiques, lorsqu'ils ne forment pas eux-mêmes la base du traitement.

Dans les maladies aiguës, l'hygiène ne joue qu'un rôle secondaire, bien qu'on ne pût pas obtenir leur guérison en méprisant ses préceptes. Il serait difficile, en effet, d'obtenir la cure d'une phlegmasie aiguë, si le malade n'observait une abstinence plus ou moins sévère, le repos de l'organe affecté, le repos général, et si, dans bien des cas, il ne gardait le silence ou ne restait dans l'obscurité; mais, quoique ces moyens soient bien plus puissants que ne s'imagine le vulgaire, qui les regarde comme rien parce qu'ils ne se vendent pas chez l'apothicaire, ils ne tiennent cependant qu'un rang inférieur à la saignée et aux autres moyens thérapeutiques actifs. Mais, dans les maladies chroniques, lorsqu'il s'agit, pour détruire une affection invétérée, qui a *pris droit de domicile* dans l'organisme, de modifier la constitution tout entière, ce ne sont plus des moyens passagers, quelque énergiques qu'ils soient, qu'il faut mettre en usage; ce sont des moyens dont l'action se fasse sentir incessamment, se produise à tous les instants, qu'il faut employer alors; c'est le régime alimentaire, c'est l'air, ce sont les habitudes qu'il faut modifier. Dans les maladies de long cours, ce sont donc les puissances de l'hygiène qui tiennent le premier rang. Les agents pharmaceutiques, quoique souvent utiles, nécessaires, indispensables même, n'occupent plus que la seconde place.

Dans les maladies aiguës, il faut, en général,

soustraire simplement le malade aux excitants extérieurs ; dans les maladies chroniques, il faut diminuer, augmenter, diriger ces modificateurs.

Les anciens faisaient consister le traitement des maladies dans le régime qu'ils prescrivaient à leurs malades ; les médicaments proprement dits étaient peu nombreux et rarement mis en usage. Ce ne fut que dans les temps de préjugés et d'erreur, sous le règne de l'astrologie judiciaire et de l'alchimie, qu'on s'imagina avoir découvert dans une multitude de substances des propriétés merveilleuses contre les maladies. Ce fut alors qu'on inventa ces formules bizarres, assemblage monstrueux de substances inertes, dégoûtantes ou nuisibles, auxquelles on attribua des vertus infaillibles contre la plupart des affections. Cet héritage est précieusement conservé par ces esprits étroits, pour que la crédulité et l'amour du merveilleux sont les premiers besoins, et qui croiraient commettre un attentat s'ils se permettaient d'examiner ce que leurs prédécesseurs leur ont transmis. Ce sont ces formules que les médicastres, les charlatans, les ignorants, les esprits faibles considèrent encore comme des *richesses médicales*, faute de pouvoir ou de ne vouloir pas s'élever à quelques considérations philosophiques. Ils s'imaginent que le traitement des maladies consiste dans une longue série de médicaments qu'on peut tour-à-tour mettre en usage contre elles ; ils ne croiraient pas pouvoir traiter une maladie s'ils ne voyaient à la suite de cette maladie l'énumération de tous les moyens préconisés contre elle. Ils ne peuvent concevoir que la véritable thérapeutique ne doit être fondée que sur la connaissance exacte et précise de toutes les circonstances des maladies, qu'un petit nombre d'agents, dirigés d'après ces indications, suffisent au médecin habile pour traiter et guérir toutes les affections ; que le succès du traitement ne dépend pas du nombre des moyens, mais de leur opportunité, et que cette opportunité ne peut être déduite que de la juste appréciation des phénomènes morbides ; ils ne peuvent concevoir qu'un conseil d'hygiène est souvent bien plus efficace qu'une drogue savamment préparée ; qu'il y a plus de véritable médecine dans le billet de Bouvart, *Bon pour trente mille francs à prendre chez mon notaire*, que dans toutes les formules des codex ; qu'il est souvent bien plus efficace de rassurer un malade sur son état, que de lui faire avaler des potions *antispasmodiques* ; qu'il vaut mieux enfin le soustraire à la cause qui a dérangé sa santé, que de le gorger de drogues.

Il est cependant juste de le dire, à mesure que la médecine clinique est mieux étudiée, à mesure que les maladies sont mieux connues, le crédit des médicaments diminue, et aujourd'hui il n'est plus que quelques vieux conservateurs des préjugés antiques qui prodiguent les remèdes dans les traitements des maladies. C'est une chose vraiment digne de remarque que les hommes supérieurs dans tous les temps ont professé, pour les vertus des médicaments, un scepticisme profond. Les médecins des hôpitaux, ou ceux qui, dans la ville, donnent leur soin à un grand nombre de malades, et n'exercent pas notre noble profession comme un vil métier, finissent par devenir très-avares de remèdes. Boerhaave avait coutume de dire qu'avec de l'eau, du vinaigre, du vin, de l'orge, du nitre, du miel, de la rhubarbe, de l'opium, du feu et une lancette, on pouvait faire toute la médecine. Hippocrate en employait moins, et n'avait pas moins de succès. Le désir si naturel de guérir, la confiance du public dans les drogues, et de la part du médecin le désir non moins prononcé de gagner la confiance de ses clients, entretiennent cette malheureuse passion pour les médicaments.

Mais, en blâmant l'excès, nous ne prétendons pas proscrire l'usage. Il est sans doute des substances, et même en assez grand nombre, dont une saine expérience a démontré l'efficacité. Il serait aussi antiphilosophique, aussi absurde de rejeter ces ressources précieuses, que d'admettre comme des moyens héroïques toutes les formules vermoulues du moyen âge. Certes, les nombreux moyens antiphlogistiques, les révulsifs, les toniques, les excitants, les narcotiques, les purgatifs, les émétiques, quelques moyens spécifiques, sont loin de devoir être rejetés, et constituent véritablement nos ressources thérapeutiques. Le plus habile médecin est celui qui les met en usage avec le plus de discernement, c'est-à-dire qui saisit mieux les indications qui les exigent.

Mais ces moyens resteraient sans succès, et pourraient même devenir une arme dangereuse et meurtrière, s'ils n'étaient secondés par un régime convenable. Bien que les médecins de l'antiquité eussent médité d'une manière spéciale sur l'utilité du régime, il faut convenir que la plupart d'entre eux se dirigeaient encore, dans l'administration de ces moyens, par des vues purement spéculatives.

Ainsi, les uns ne donnaient aucun aliment, et souvent même aucune boisson, jusqu'au quatrième jour, après quoi ils abandonnaient les malades à leur appétit ; d'autres ordonnaient l'abstinence jusqu'au sixième jour ; quelques-uns nourrissaient les malades les jours pairs, etc. Hippocrate seul, se bornant à observer les effets que le régime produisait sur la marche des maladies, s'est approché de la perfection en ce genre, et ses préceptes sont encore respectés de nos jours. Une chose bien consolante pour les vrais observateurs, pour les ennemis des spéculations, c'est de voir comment les choses vraiment utiles ont traversé sans naufrage tous les siècles, tous les systèmes, toutes les discussions. Les hypothèses, les explications seules sont tombées ; mais les fruits de l'observation demeurent. Ainsi l'utilité de l'abstinence dans les maladies aiguës a été reconnue par les médecins de tous les temps, et, quelles que soient les explications qu'on ait données de sa manière d'agir, on la regarde encore aujourd'hui comme un des meilleurs moyens de favoriser la résolution des maladies.

Le régime doit varier suivant une foule de circonstances ; la nature de la maladie, son intensité, ses périodes, sa marche, sa durée, ses terminaisons, ses causes, doivent fournir les premières indications ; la constitution, l'âge, le sexe, les forces, les habitudes, les goûts, les répugnances du sujet, etc., fourniront les secondes ; les circonstances accessoires, telles que le climat, les saisons, l'habitation, etc., devront aussi être prises en considération.

Quoi qu'en ait dit Hippocrate, de la nécessité de nourrir les malades dans le commencement des maladies, afin de leur donner la force de supporter les crises, nous ne saurions partager l'avis de ce grand homme. L'abstinence doit être prescrite dans le commencement des maladies aiguës, et avec d'autant plus de rigueur, qu'on ignore encore quel degré de violence doit revêtir la maladie qui débute. Lorsque cette maladie s'annonce par des symptômes très-intenses, il ne saurait y avoir la moindre excuse pour le médecin imprudent qui permettrait la plus légère substance nutritive. On éviterait bien des maladies graves, si, dès le principe des maladies, on s'abstenait de toute espèce de substance répara-

trice ; il est très-vraisemblable que la plupart des maladies ne revêtent un caractère fâcheux et souvent n'occasionnent la mort que par l'oubli de ce précepte : tel n'eût eu qu'une indisposition, qui, pour vouloir la vaincre en continuant son régime ordinaire, s'est procuré une affection qui a pu compromettre son existence. Ainsi, dans la première période des maladies aiguës, quelles qu'elles soient, on doit s'abstenir de tout aliment : la crainte d'un affaiblissement ultérieur est une crainte chimérique.

Dans toutes les maladies aiguës, avec des phénomènes violents de réaction, on doit, ainsi que nous l'avons vu, prescrire l'abstinence ; ce moyen seconde merveilleusement l'action des remèdes dits antiphlogistiques. D'abord, il empêche qu'on ne porte sur les intestins, et par la voie de la circulation, dans tous les organes, de nouveaux moyens de nutrition, de réparation, et conséquemment d'irritation ; en second lieu, il favorise l'action des absorbants interstitiels, et par là concourt à opérer la résolution. L'abstinence est donc non-seulement un moyen négatif, passif, mais encore un moyen très-actif. Tant que la maladie croît, quel que soit son siége, mais à plus forte raison si l'estomac ou les intestins sont les organes affectés, il faut que le médecin reste inflexible aux sollicitations importunes des malades et des gens qui les entourent, et qu'il persiste dans la prescription de la *diète* la plus sévère. En vain les malades l'accuseront-ils de les faire mourir de faim, en vain répèteront-ils qu'on ne peut vivre qu'en mangeant ; ces besoins trompeurs, ou plutôt ces instances mensongères, excitées par les préjugés bien plus que par un sentiment réel, devront être méprisées par lui. Ce n'est que lorsque les phénomènes locaux et généraux d'irritation seront tombés, lorsque la résolution commencera à s'opérer, que le médecin devra se relâcher, toutefois avec la plus extrême prudence, de la sévérité du régime ; alors, seulement alors il permettra quelques boissons très-faiblement nutritives : l'eau de gruau, l'eau de poulet, un lait de poule, etc., très-légers, pris en très-petite quantité, devront d'abord être permis. On devra surveiller avec la plus grande attention les effets de ces premières substances nutritives ; pour peu que les douleurs locales, quelques phénomènes fébriles se reproduisent, il faudrait en suspendre l'usage pour n'y revenir que plus tard.

Il faut cependant prendre garde de laisser mourir son malade d'inanition, et de laisser éteindre le flambeau de la vie faute de l'alimenter. Depuis l'introduction de la doctrine dite physiologique, j'ai eu plusieurs exemples déplorables de cet accident. Il faut prendre garde de s'en laisser imposer par une espèce de fréquence du pouls, qui persiste encore long-temps après que la résolution est opérée, et qui n'est vraisemblablement due qu'à l'affaiblissement du malade ou à son extrême excitabilité. De plus, lorsque la diète a été long-temps très-sévère, l'estomac a perdu, pour ainsi dire, la faculté de supporter les aliments ; il éprouve la plus grande peine pour digérer les plus légers, et quelquefois même il les rejette par le vomissement. Il faut alors les varier, chercher quel est celui qui peut convenir, en fractionner les doses jusqu'à ce qu'on soit parvenu à ramener le ventricule au point de pouvoir remplir de nouveau ses fonctions.

Si on se laissait imposer par cette répugnance apparente, il n'est pas douteux que le malade ne pût périr faute d'alimentation.

Mais que l'excès contraire est bien plus redoutable ! Combien de malades ne voit-on pas mourir d'indigestion ! Les médecins qui pratiquent dans les hôpitaux observent souvent des cas de ce genre ; et c'est principalement dans les hospices de vieillards que ces malheurs se multiplient. Pour eux, vivre c'est manger, c'est boire du vin. Avec de tels préjugés, répandus aussi parmi les gens de service qui les entourent, que d'infortunés ne doivent-ils pas en devenir victimes !

Les avis les plus positifs, les ordres les plus exprès, les menaces même les plus capables de les arrêter, rien ne peut les retenir. J'ai vu une femme, affectée de pneumonie, se donner trois indigestions consécutives avec les substances les plus difficiles à digérer, et se tuer à la troisième !

L'abstinence est nécessaire dans la première et dans la deuxième période des maladies. Ce n'est que dans la troisième qu'on peut commencer à permettre quelques légers aliments aux malades. Des bouillons maigres, des bouillons de poulet, des bouillons de bœuf coupés et non salés, des laits de poule, seront les premières substances qu'on pourra permettre ; au bout de deux ou trois jours, on administrera ces substances plus concentrées, à des intervalles plus rapprochés et à des doses plus fortes ; bientôt on y ajoutera des fécules d'arrowroot, de tapioca, de gruau, de salep, de sagou, etc., qu'on variera suivant les circonstances. Le lait pourra être permis ensuite, puis la gelée de viande, puis des confitures, des légumes herbacés, des œufs frais, des poissons bouillis, enfin le régime ordinaire du malade, mais en y arrivant avec les plus grandes précautions, et en évitant toute substance évidemment contraire à l'état actuel et aux circonstances antécédentes.

L'art de diriger ce régime alimentaire est extrêmement difficile, exige les plus grands soins ; les fautes que l'on commet dans l'ordonnance de ce régime peuvent entraîner la perte des malades échappés au danger des maladies aiguës dont ils viennent d'être affectés.

Ainsi l'abstinence doit être proportionnée à l'intensité des phénomènes aigus, locaux et généraux, et varier suivant les périodes des maladies. Mais la marche de ces maladies apporte quelques modifications dans le régime alimentaire. Dans une fièvre intermittente, on peut, dans l'intervalle des accès, permettre des aliments : ils doivent, en général, être peu excitants et peu abondants ; mais il est impossible d'exiger une abstinence complète. Des malades ont même guéri par des excès dans le boire et dans le manger, en se donnant de véritables indigestions. Mais ces essais imprudents comptent plus de revers que de succès, et le médecin qui les tolèrerait serait digne de blâme. Il est des médecins qui permettent des aliments dans les fièvres rémittentes. Je pense qu'on ne peut être trop réservé dans ces cas. Il n'est pas sans danger de nourrir les malades frappés de ce genre d'affection ; le moindre inconvénient qui puisse en résulter, c'est de perpétuer la maladie. Dans tous les cas, on doit toujours choisir le moment du plus grand calme pour administrer les aliments ; le moment où l'apyrexie est complète, dans les fièvres intermittentes, et celui où la fièvre est la plus légère, dans les rémittentes. Si la maladie est chronique, si déjà elle dure depuis long-temps, il est indispensable de se relâcher de la sévérité du régime. Le malade serait exposé à mourir de faiblesse réelle et d'inanition. Hippocrate en a fait un précepte, et les médecins de tous les âges se sont empressés de l'accueillir et de s'y conformer.

Si les règles du régime sont utiles dans les maladies aiguës, combien ne le sont-elles pas davan-

tage encore dans les maladies chroniques! C'est ici surtout qu'elles forment la base du traitement. L'hygiène seule peut prétendre à user, à détruire ces engorgements chroniques, ces altérations viscérales profondes, hélas! presque toujours rebelles à nos moyens médicamenteux.

Il est indubitable qu'une alimentation de même nature, long-temps continuée, ne porte dans l'organisme des mutations sensibles, qu'elle ne puisse même le modifier, le changer presque complètement. On ne saurait donc contester que l'influence de ce régime ne puisse être du plus grand secours dans les maladies chroniques. Malheureusement nous ne connaissons pas assez la nature de ces affections et le mode d'agir d'une alimentation toujours la même pour rattacher les cas particuliers à des règles déterminées. Par exemple, nous ignorons la nature intime du cancer, des tubercules, des fongus, etc.; quelle alimentation conviendra-t-il de lui opposer? L'expérience semble avoir confirmé les avantages du régime lacté dans les affections chroniques du poumon; mais combien sont encore illusoires les espérances fondées sur son efficacité! combien ne voyons-nous pas succomber de malheureux qui se sont soumis à ce régime! combien sont peu nombreux les succès incontestables!

Quoi qu'il en soit, il paraît assez prouvé qu'un régime fortement réparateur, des viandes succulentes, l'usage de vins généreux, les aromates, etc., sont éminemment utiles dans la disposition scrofuleuse, qu'ils peuvent être avantageux aussi dans le rachitisme et dans le scorbut de terre, tandis que le régime herbacé convient au scorbut de mer; qu'une alimentation relâchante est convenable dans les maladies chroniques de la peau, etc.; bien entendu que ces moyens doivent être secondés par l'usage bien combiné des autres agents de l'hygiène; enfin si l'individu est disposé à quelque affection par une organisation primitive, c'est moins par l'action des remèdes qu'on peut espérer de la changer, que par l'influence constamment agissante de toutes les puissances de l'hygiène.

Les causes des maladies doivent être principalement consultées dans la prescription du régime. Si la maladie peut être attribuée à une espèce d'alimentation, nul doute qu'il ne faille recourir à une alimentation opposée; si l'individu a été en proie à la misère, à la faim, il sera utile de le soumettre, avec précaution toutefois, à un régime restaurant; s'il a fait usage de viandes salées, d'eaux croupies, de lui donner des végétaux frais, de l'eau nouvelle; si des aliments trop nourrissants, trop excitants, ont fait la base de son régime alimentaire, on lui prescrira avec avantage un régime sévère et ténu : l'alimentation rafraîchissante lui conviendra.

Relativement à l'individu, on devra aussi avoir égard à plusieurs circonstances intéressantes. Ainsi, la constitution plus ou moins forte du sujet pourra jeter quelques variétés dans le régime. Une diète sévère sera plus convenable aux malades d'une forte constitution, quoique peut-être plus difficilement supportée par eux. Les personnes faibles exigeront qu'on ne les traite pas avec la même rigueur.

On a prétendu que les enfants ne pouvaient pas supporter l'abstinence; qu'ayant besoin, non-seulement de se réparer, mais encore de s'accroître; étant doués d'organes digestifs pleins d'activité, la diète absolue leur était insupportable, et que l'on compromettait leurs jours en insistant sur l'abstinence. Mais ces craintes sont illusoires. On doit persister dans cette diète tant qu'il existe des symptômes d'irritation locale et de réaction. Quant à la vieillesse, elle importune par ses cris le médecin qui lui prescrit l'abstinence; mais on doit peu se laisser toucher par ses plaintes : il n'existe aucun danger de laisser les vieillards à la diète; il pourrait y en avoir beaucoup à leur permettre des aliments et des boissons.

Ce qu'on a dit de la différence des sexes ne nous paraît pas très-fondé, si nous nous en rapportons à nos observations faites dans notre hospice; mais les femmes qui le peuplent peuvent, en quelque manière, être considérées comme des hommes, de sorte qu'il ne faut pas les prendre au pied de la lettre. Dans le monde, il est vrai de dire que les femmes sont douées d'une moindre énergie gastrique que les hommes; faisant moins d'exercice, éprouvant moins de perte, elles ressentent moins aussi le besoin de réparer; d'après cela, on peut les regarder comme plus propres à soutenir l'abstinence.

Ce que nous avons dit de la constitution s'applique également aux forces des malades; mais les habitudes doivent être prises en grande considération. M. Chomel rapporte qu'un malade, accoutumé à boire plusieurs bouteilles de vin et deux bouteilles d'eau-de-vie par jour, fut attaqué d'une violente inflammation, et qu'au lieu de le mettre à une abstinence absolue, on se contenta de diminuer beaucoup ses boissons : on le réduisit à deux bouteilles de vin et à une demi-bouteille d'eau-de-vie. Nous avons vu les Tartares affectés de phlegmasies intenses guérir entre les mains de leurs médecins, qui leur permettaient, même pendant la plus grande intensité des symptômes, une certaine quantité de liqueurs alcoholiques, tandis qu'ils succombaient presque tous entre les mains des médecins français, qui les soumettaient à une abstinence complète.

Les goûts des sujets doivent être consultés dans le choix des substances que l'on permet. Il n'est pas douteux qu'un aliment désiré par le malade ne réussisse infiniment mieux qu'un autre qui lui sera indifférent, à plus forte raison que celui pour lequel il aura de la répugnance. Cependant le goût du malade ne devra jamais passer qu'après la convenance de l'aliment; si cet aliment possédait en effet quelques propriétés essentiellement nuisibles, il n'est pas besoin de dire qu'on devrait s'en abstenir. Ceci doit principalement s'entendre de la convalescence des maladies aiguës; car, pour ce qui regarde les maladies incurables, on peut tout permettre, hors les substances qui, en aggravant beaucoup le mal, peuvent incontestablement hâter la perte des malades.

Hippocrate, qui a tracé les règles les plus précises sur le régime alimentaire, a pensé que les saisons devaient lui imprimer quelques modifications; il dit que les malades supportent mieux l'abstinence dans l'été et dans l'automne, que dans l'hiver et dans le printemps. Il est bien vrai de dire qu'en général l'appétit est peu prononcé dans les temps chauds, et plus vif dans les temps froids; il est vrai d'ajouter que les intestins sont principalement affectés dans les premiers temps, et les autres organes dans les seconds; mais ces différences ne sauraient apporter que de légères variétés dans le régime des malades. Nous devons en dire autant des climats et des localités; toutefois un médecin prudent devra s'enquérir des données que l'expérience locale aura établies, et s'y conformer dans l'exercice de son art, sous peine d'insuccès nombreux et funestes.

Le régime alimentaire devra être secondé par la bonne direction donnée aux autres modificateurs de

l'organisme. L'air, la chaleur, la lumière, les bains, le sommeil et la veille, l'exercice des sens, de l'intelligence, le moral, l'exercice et le repos, enfin jusqu'aux plaisirs de l'amour, tout devra être réglé par le médecin judicieux suivant les indications que nous venons d'exposer pour le régime alimentaire.

Parmi les puissances de l'hygiène, il en est peu qui méritent une attention plus sérieuse, sous le rapport thérapeutique, que les aliments et les boissons. Les modifications profondes que leur usage habituel détermine dans l'organisme, les rendent très-propres à détruire les altérations chroniques des organes dans lesquels il s'agit d'opérer des mutations durables.

Afin de pouvoir se diriger dans le choix des aliments, nous avons admis des espèces d'alimentations analogues pour leurs effets aux médications que nous avons décrites. Ainsi nous avons reconnu une alimentation rafraîchissante, relâchante, une alimentation tonique, une alimentation moyenne, les unes et les autres plus ou moins réparatrices; enfin des alimentations spéciales.

Ces divisions, qu'on pourrait sans doute multiplier, nous semblent assez naturelles, et fournir des données assez importantes pour la thérapeutique; elles semblent ainsi dénommées dans le but de remplir certaines indications, et cependant ces dénominations ne leur ont été données que d'après les effets que les diverses substances produisent sur l'organisme; et, ce qui est plus remarquable encore, c'est que la même analogie existe dans leur composition chimique que dans leurs modifications organiques. Ainsi, il est digne de remarque que l'alimentation rafraîchissante, par exemple, est produite par des substances peu nutritives, et qui contiennent en assez grande proportion un principe acidule; que l'alimentation relâchante est déterminée par les substances dans lesquelles le mucilage domine, etc.; ce qui nous fait penser que ces distinctions ne sont pas simplement arbitraires, mais qu'elles sont fondées sur l'observation de la nature.

Les effets de ces diverses alimentations étant très-différents, il est clair qu'elles ne sauraient convenir dans tous les cas. Nous allons exposer leurs principaux caractères, afin qu'on puisse déterminer plus aisément les circonstances où elles conviennent.

Les aliments et les boissons qui contiennent un principe acide produisent l'alimentation rafraîchissante. Les acides naturels qui se trouvent le plus souvent unis aux matières alimentaires sont les acides malique, citrique et oxalique; et les substances qui les contiennent et dont on fait le plus d'usage sont l'orange, le citron, la groseille, les cerises, quelques espèces de prunes, les pommes, les poires, l'oseille, etc. Ces substances contiennent aussi une certaine quantité de mucilage et de sucre. Elles sont peu nutritives; elles ne pourraient suffire à l'entretien de la vie. Elles augmentent la sécrétion intestinale, ralentissent la circulation, la respiration, l'hématose, la chaleur et l'innervation; elles produisent un sentiment de calme et de fraîcheur; leur usage exclusif diminue l'embonpoint, favorise la sécrétion urinaire. Cette alimentation sera le véritable remède à la pléthore, à la polyæmie, et à tous les accidents qui en dépendent.

C'est à peine si l'on doit séparer de cette espèce d'alimentation l'alimentation relâchante, dont les effets offrent avec elle la plus grande analogie. Cette alimentation est surtout produite par les substances qui contiennent le mucilage en grande abondance, et en second lieu par le lait, le beurre, les huiles et les corps gras; mais ces dernières substances, étant d'une digestion difficile, et nourrissant beaucoup l'individu, doivent former une variété exceptionnelle. Le raisin, les figues, les pruneaux, les dattes, les abricots, les pêches, les fraises, les framboises, les mûres, le melon, la pastèque, etc., sont les principaux fruits qui jouissent de la propriété dont nous parlons.

Ces substances séjournent assez long-temps dans les intestins, dont elles lubrifient et relâchent les parois; elles diminuent les forces digestives, ne sont pas absorbées en entier, et provoquent une exhalation plus ou moins abondante de mucosité. Ils agissent comme les médicaments laxatifs. Les mouvements du cœur, des artères, des vaisseaux capillaires, sont manifestement ralentis par l'usage de ces substances; la chaleur animale doit par conséquent languir, ainsi que la respiration, ainsi que les autres actes fonctionnels; ce qui s'explique très-bien par la soustraction des principes stimulants dont le sang est doué dans l'alimentation ordinaire. L'embonpoint augmente parce que l'absorption interstitielle diminue. La sensibilité générale s'émousse, les impressions extérieures sont moins vives, l'intelligence et le moral jouissent de beaucoup moins d'énergie et d'activité; un empâtement général, une bouffissure de tous les tissus, enfin la débilité, l'inertie de tous les organes, de tous les appareils, et conséquemment de leurs actes, seront le résultat de cette espèce d'alimentation.

Ces deux espèces d'alimentation conviendront dans les irritations intestinales, lorsqu'il sera nécessaire de commencer à nourrir légèrement; dans les congestions de toute espèce, dans la pléthore, dans les dispositions hypersthéniques, dans les hémorrhagies, dans certaines maladies chroniques accompagnées de fièvre hectique, dans l'hypocondrie; aux personnes irritables, dans certains scorbuts, etc. Elles seront contraires dans les maladies et aux individus hyposthéniques; dans les scrofules, les écoulements muqueux chroniques, les engorgements glanduleux, les hydropisies, etc.

Les substances gélatineuses produisent les mêmes effets, mais nourrissent davantage; on peut les conseiller après les premières, lorsqu'il est utile d'augmenter l'alimentation.

Parmi les substances alimentaires, il en est un grand nombre qui font naître des mutations différentes et même opposées aux précédentes, surtout lorsqu'elles sont combinées avec des assaisonnements excitants, ou prises conjointement avec des boissons qui jouissent de ces propriétés.

Le principe amer des végétaux, le sucre pur, le principe âcre des crucifères, celui que développe la fermentation dans le *sauer-kraut*, introduits dans l'estomac et les intestins, déterminent à leur surface un resserrement tonique qui augmente leur énergie, active leur action; la digestion est facile et prompte, les selles rares, les fèces compactes; les battements du cœur s'exécutent avec force et énergie, sans augmenter de fréquence; l'absorption est plus active, les mouvements de composition et de décomposition plus rapides, la sensibilité générale moins vive, l'intelligence capable de plus d'effort, la contractilité musculaire plus prononcée; tous les tissus plus denses, plus fermes, plus résistants.

Cette espèce d'alimentation, contraire aux personnes polyæmiques et dans les maladies hypersthéniques, convient éminemment chez les individus pâles, blêmes, dont les chairs sont molles, la force musculaire peu développée, et qui sont affectés de scrofules, de rachitis, d'écoulements muqueux chroniques, du scorbut de terre, enfin de toutes les maladies chroniques d'un caractère hyposthénique.

L'alimentation tonique et peu réparatrice, dont nous parlons ici, est bien moins fréquemment employée que les précédentes, et moins souvent utile que celle qui suit.

Il est des substances qui nourrissent médiocrement, n'affaiblissent pas comme celles qui produisent l'alimentation rafraîchissante et relâchante, n'augmentent pas les forces comme celles qui produisent l'alimentation tonique; ces substances tiennent pour ainsi dire un terme moyen, et sont par conséquent bien plus souvent indiquées que les précédentes; elles pourraient, dans quelques circonstances, servir de passage des unes aux autres. La féeule produit surtout cet effet. On trouve ce principe végétal dans les graines des légumineuses et des graminées, dans les palmiers, les marrons, les châtaignes, les pommes de terre, les racines d'orchis, d'arum, de bryone, etc. Le froment, l'orge, le riz, le sagou, le salep, le tapioca, l'arrowroot, la pomme de terre, etc., sont les substances végétales qui donnent la meilleure féeule; ce qui n'empêche pas l'usage très-commun des haricots, des fèves, des pois, des lentilles, des pois chiches, non moins utiles, quoique moins délicats. L'albumine légèrement concrète fait naître des modifications analogues; peut-être est-elle un peu plus nutritive que la fécule.

On peut mettre la gomme et le mucilage au nombre des substances qui produisent l'alimentation moyenne, lorsqu'elles sont incorporées avec quelque autre substance un peu plus active ou un peu plus nutritive, comme cela se rencontre dans quelques légumes oléracés, tels que la carotte, la scorsonère, les salsifis, le panais, la betterave, le navet, le topinambour, les asperges, le chou, la laitue, les épinards, la mâche, l'artichaut, le cardon. Nous donnons ici la liste de ces substances qu'on est souvent bien aise de trouver réunies, lorsque certains cas les réclament. Ces substances réparent convenablement les forces sans exciter; leur digestion est plus ou moins facile; elles développent peu de chaleur, soutiennent les forces sans les accroître sensiblement; les changements qu'elles occasionnent sont peu appréciables.

L'alimentation qui résulte de l'usage de ces substances convient dans la plupart des convalescences et dans les maladies chroniques, où il est nécessaire d'entretenir la nutrition sans exciter le malade.

Nous avons parlé de l'alimentation tonique, peu ou médiocrement réparatrice. Il existe des substances qui, en même temps qu'elles produisent un accroissement dans les forces de l'individu, les réparent éminemment. Ce sont les viandes noires: celles du bœuf, du mouton, du pigeon, de la perdrix, du faisan, du canard, du lièvre, du chevreuil, etc. Il paraît que c'est à l'osmazome, matière essentiellement nutritive, que sont dus les effets dont nous parlons. Ces substances alibiles à un haut degré donnent une grande proportion de chyle sous un petit volume. Leur digestion n'est pas très-difficile dans l'état de santé; elles semblent communiquer à l'estomac et aux intestins un surcroît d'activité. Tous les actes organiques redoublent de force et d'énergie sous l'influence de leur emploi: la circulation, la respiration, la chaleur, les exhalations, les sécrétions, la nutrition, l'intelligence, les sens, le moral, les mouvements volontaires, la reproduction, tout acquiert une vigueur nouvelle, et cette alimentation est d'autant plus précieuse, qu'en même temps qu'elle produit une surexcitation générale, elle fournit à la réparation, tandis que les substances toniques non réparatrices excitent sans réparer. Il faut que les actes organiques s'exécutent au détriment de la machine. On a justement comparé leur effet à celui d'un coup de fouet.

Ce régime convient à un haut degré aux gens faibles, épuisés par des excès vénériens, aux scrofuleux, aux rachitiques, à ceux qui sont affectés d'écoulements muqueux chroniques, aux hydropiques, dans certains cas de scorbut, etc.; enfin dans tous les cas où l'hyposthénie, la faiblesse est patente.

Parmi les substances alimentaires, en existe-t-il qui jouissent réellement d'une action spéciale? Le vulgaire le pense; mais ce n'est qu'avec la plus grande réserve que le médecin doit adopter ces sortes de traditions; il en est peu de bien constatées: les peuples ichthyophages sont, dit-on, éminemment *prolétaires*.

Nous ne devons pas terminer ce qui concerne la *diète* sans dire quelques mots des effets des boissons et des assaisonnements.

Parmi les premières, celles qui ne contiennent ni alcohol, ni principe aromatique ou amer, dont l'eau, un mucilage ou un acide léger forment la composition, sont délayantes et rafraîchissantes: nous ne reviendrons pas sur leur compte; les autres, telles que le vin, les liqueurs alcoholiques, les infusions amères, aromatiques, le thé, le café, sont toniques et excitantes.

Parmi les vins, il en est dont l'action sur le système nerveux est plus ou moins prononcée; il en est quelques-uns chez lesquels cette action est presque nulle: ces derniers sont principalement convenables dans la convalescence des maladies aiguës, chez les personnes irritables, sensibles, chez lesquelles prédomine le système nerveux. Le vin de Bordeaux jouit principalement de cette qualité; les vins du Rhin viennent ensuite, puis les vins de Bourgogne. Les vins du Midi, riches en alcohol, favorisent l'ivresse, les congestions vers la tête, et les inflammations du cerveau et des méninges.

Les vins blancs paraissent jouir d'une vertu apéritive dont on peut profiter dans les maladies des voies urinaires, dans les hydropisies, etc.

Presque tous les assaisonnements sont excitants; ils ne conviennent guère qu'aux personnes chez lesquelles prédomine le système lymphatique, scrofuleux, etc.; encore faut-il prendre garde d'en abuser. Ils aident la digestion des substances lourdes, peu sapides, des viandes blanches et fades; et, dans ces cas, leur propriété excitante se trouvant en partie neutralisée par les qualités opposées des matières alimentaires, ne peut être qu'avantageuse. Toutefois il convient d'être très-sobre d'assaisonnements; ces condiments, en sollicitant un appétit factice, nous font introduire dans l'organisme plus de substances alimentaires qu'il n'en faut pour notre réparation, d'où peuvent résulter de graves inconvénients; de plus, leur action irritante sur la membrane muqueuse gastro-intestinale peut faire naître et entretenir des phlegmasies chroniques sur cette membrane, et les parcelles de ces assaisonnements qui se trouvent absorbées peuvent porter des matériaux d'irritation sur tous les viscères, et spécialement sur ceux qui y sont prédisposés. C'est dire assez qu'il faut s'abstenir de ces substances dans les convalescences des maladies aiguës.

Il est bien à regretter qu'il soit presque au-dessus de notre pouvoir de modifier les qualités de l'air qui nous entoure et que nous respirons. Si nous pouvions les modifier à notre volonté, nous en ferions un des agents thérapeutiques les plus puissants et le plus souvent utiles. L'impuissance où nous sommes

de lui communiquer les qualités désirables nous oblige à renoncer à ce moyen curatif, au moins dans la majorité des cas. Nous sommes réduits à envoyer les malades chercher un climat plus convenable dans les affections chroniques.

Quoi qu'il en soit, il est presque toujours possible d'élever à quinze degrés au-dessus de zéro (Réaumur) la température des appartements des malades; il est bien plus difficile de la faire descendre à ce degré lorsqu'elle atteint ou dépasse le vingt-cinquième. Cette température moyenne est essentiellement convenable dans la plupart des maladies aiguës. Sous son influence, toutes les fonctions s'exécutent avec aisance et liberté; l'absorption partage cette disposition, et opère avec plus de facilité la résolution des maladies. Il n'y a pas à redouter alors la concentration des fluides vers l'intérieur, comme cela a lieu dans les temps froids; il n'y a pas non plus à redouter la fréquence du pouls, que développe une chaleur extrême, etc. Mais en même temps qu'on élève la température à ce degré, si l'on veut rendre l'air éminemment antiphlogistique, c'est de faire évaporer dans la pièce où se trouve le malade une certaine quantité d'eau : l'air humide est surtout relâchant; pour cela, on versera dans un large bassin une certaine quantité d'eau bouillante; on pourra même en entretenir l'ébullition, ou du moins renouveler cette eau jusqu'à ce que l'air contienne assez d'humidité. L'air sec irrite les voies aériennes et la peau, et, quoique d'une température moyenne, peut être très-irritant. C'est principalement dans les affections aiguës du poumon qu'il faut chercher à le rendre humide : sa sécheresse suffit pour produire ces affections. C'est aussi dans ces maladies qu'il convient d'élever la température, même au-dessus du quinzième degré. Les climats chauds conviennent surtout aux phthisiques. Ils ne sont pas moins convenables aux anévrysmatiques, aux asthmatiques, en général aux vieillards. Je suis convaincu que si, pendant l'hiver, on portait à quinze degrés la chaleur des dortoirs de notre hospice, nous aurions moitié moins de malades qu'à l'ordinaire; beaucoup d'inflammations thoraciques, cérébrales, abdominales, qui, chez les personnes âgées, dépendent de la stase mécanique du sang dans les organes, par défaut de circulation capillaire, n'auraient pas lieu sous cette température.

On peut donc conclure que rien n'est plus généralement utile dans les maladies qu'une douce température. Toutefois cette règle n'est pas sans exception. Ainsi je crois qu'une température sèche et chaude peut être très-convenable aux individus scrofuleux, atteints d'engorgements chroniques, d'infiltrations, d'écoulements leucorrhoïques, etc.; enfin, affectés de maladies caractérisées par la mollesse, la pâleur et la laxité des tissus; aux rachitiques, aux arthritiques, aux rhumatisants, etc.

Le froid, quoique essentiellement fortifiant, n'est guère convenable que dans l'état physiologique.

La densité de l'air fournit peu de ressources thérapeutiques. Si l'on réfléchit cependant aux effets d'un air trop rare, on s'apercevra bien que cette qualité de l'air peut être nuisible aux personnes disposées aux hémoptysies et aux autres maladies de la poitrine; que par conséquent on devra l'éviter, et que bien rarement il pourra devenir utile. On prétend cependant que l'habitation sur les hautes montagnes est en général très-salubre; cela peut être dans l'état physiologique et lorsque l'élévation n'est pas trop considérable, mais cela n'est pas exact dans l'état pathologique. Cependant on conçoit qu'on pourrait en retirer quelque avantage dans les maladies caractérisées par l'atonie et la lenteur de la circulation.

La densité de l'air ne doit être ni trop faible ni trop considérable. L'augmentation de la densité de l'air n'est pas plus en notre pouvoir que sa rareté; si l'on pouvait croire qu'elle fût utile dans quelques circonstances, on choisirait une localité basse, où de nombreuses couches atmosphériques pussent presser la surface du corps.

La lumière est infiniment salutaire à l'homme et en général à tous les êtres organisés; elle est un excitant, un tonique puissant; elle donne du ressort aux organes, de la densité et de la couleur aux tissus; elle est donc très-avantageuse dans les maladies chroniques avec hyposthénie, maladies que nous avons si souvent énumérées. On conçoit qu'elle sera nuisible, au contraire, dans toutes les affections avec hypersthénie, et principalement dans celles du cerveau, des méninges et des yeux.

Il nous est impossible de saturer l'atmosphère d'électricité; et cela nous serait possible, que les cas où un tel état atmosphérique pourrait être avantageux sont trop peu connus et trop peu déterminés pour qu'on pût s'en promettre des secours bien efficaces.

On peut tirer parti des saisons, des climats, etc., dans le traitement des maladies; mais nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons déjà dit sur ces matières.

La thérapeutique dispute à l'hygiène l'usage des bains; on les emploie en effet autant dans l'état de maladie que dans l'état de santé; et si les bains froids sont plus usités dans l'état physiologique, il est hors de doute que les bains chauds le sont davantage dans les maladies.

Les bains tièdes, avons-nous dit, sont un des meilleurs moyens antiphlogistiques que nous possédions, et nous pensons qu'on pourrait en faire un plus fréquent usage. Nous avons décrit ses effets, sur lesquels nous ne reviendrons pas.

Dans les phlegmasies cutanées chroniques, et dans les affections rhumatismales, on emploie quelquefois le bain à trente degrés, et plus, au-dessus de zéro (Réaumur). On a pensé que l'irritation que le calorique détermine sur la peau, que la suractivité des fonctions qui en résulte, étaient très-avantageuses au traitement de ces affections. On conçoit en effet que, dans les éruptions chroniques de toute espèce, les fonctions de la peau étant languissantes, il peut être avantageux d'employer un moyen qui les active; ce moyen secondera très-bien l'effet des médicaments dirigés contre ces affections; il pourra même former la base du traitement. Dans le rhumatisme, on comprendra facilement aussi combien une perspiration abondante pourra devenir avantageuse par la révulsion puissante qu'elle pourra déterminer.

Lorsqu'on se plonge dans un bain élevé à cette température, on éprouve une horripilation générale singulière; bientôt le pouls devient fort et très-fréquent; la respiration est gênée, accélérée; la bouche pâteuse, la soif vive, le visage vermeil ou violet, injecté; les yeux saillants, brillants, humides; les artères carotides et temporales battent avec force; la tête est pesante; il survient des vertiges, accompagnés d'un sentiment de chaleur intolérable; les facultés intellectuelles sont obtuses; la peau rougit, se gonfle, augmente de volume; la flexion des membres devient difficile; il s'établit une sueur abondante. La dilatation des fluides et des tissus de l'organisme explique ces effets d'une manière satisfaisante.

On voit par cet exposé succinct des effets du bain

très-chaud, qu'il est un excitant passager, mais qu'il est, en dernière analyse, affaiblissant, puisqu'il jette l'individu dans une faiblesse très-grande, tant par les pertes qu'il occasionne au moyen de la perspiration, que par la surexcitation qu'il détermine dans tout l'organisme, laquelle est toujours suivie de collapsus, lorsqu'elle n'est pas entretenue par une réparation proportionnée.

Le bain froid, et même très-froid, a été aussi conseillé dans les maladies aiguës. Le docteur Giannini l'a prodigué dans les fièvres, et un médecin de Paris n'est pas resté en arrière du médecin italien dans ces téméraires essais. On a même recommandé le bain froid dans les maladies aiguës de la peau. Lorsqu'on possède des moyens faciles et sûrs de traiter et de guérir les maladies, il est difficile de comprendre quels sont les motifs qui poussent à recourir à des moyens hasardeux et funestes.

Mais s'il nous paraît peu rationnel d'employer le bain froid dans les phlegmasies viscérales ou cutanées, nous sommes loin de le proscrire dans certaines maladies chroniques. Le bain froid convient aux sujets dont les tissus sont lâches et mous, dont les chairs sont pâles, étiolées, chez lesquels il existe des engorgements glanduleux chroniques, des leucorrhées opiniâtres; c'est dire assez que le bain froid, dont le premier effet est affaiblissant, sédatif, par ses résultats ultérieurs est un excellent tonique fixe.

Le bain froid produit le resserrement des tissus extérieurs, le refoulement du sang et des autres fluides de la circonférence au centre, et, de plus, l'impression douloureuse du froid, ce qui explique aussi très-bien tout ce que l'on éprouve dans ce bain. Lorsqu'on en est sorti, la réaction se manifeste, c'est-à-dire alors que les fluides se portent, avec un surcroît d'énergie, du centre à la circonférence. Les premiers effets d'un bain froid sont une horripilation, un tremblement violents, une céphalalgie plus ou moins intense, une douleur épigastrique assez vive, des douleurs, des contractures dans les membres, des crampes; le corps diminue de volume, les membres paraissent amoindris; la peau est marbrée, couverte de taches jaunes, bleuâtres, elle est chagrinée; les yeux sont caves, cernés; le nez effilé, les lèvres violettes, le visage pâle, jaunâtre; le lobe du nez, les oreilles sont livides; le cœur bat avec force, et cependant le pouls est petit, sans doute à cause du resserrement des artères; la respiration est gênée, accélérée; il existe un sentiment d'oppression et de déchirement très-violent sous le sternum; les urines sont pâles et abondantes, etc. Quelques heures après le bain, des phénomènes inverses éclatent; une chaleur vive et piquante se manifeste; la peau rougit, se tuméfie; la circulation se développe, la respiration est plus libre; les douleurs épigastriques et susorbitaires se dissipent plus tard, etc.

On conseille, pour les mêmes maladies, les bains de mer, qui produisent peut-être un effet plus tonique encore, à cause de la composition de l'eau. Il faut aussi mettre en ligne de compte l'influence d'un voyage ordinairement agréable, l'impression du spectacle imposant de l'immensité; celle d'une alimentation nouvelle, d'un autre air, enfin de toutes les puissances de l'hygiène, et de plus la soustraction du malade aux agents hygiéniques habituels. Ces circonstances, qui ne paraissent ici que comme accessoires, semblent néanmoins devoir produire les résultats les plus puissants, et rendre le bain de mer non seulement utile dans les maladies précitées, mais encore dans la plupart des névroses chroniques, et même dans toutes les maladies produites par une affection morale vive, et où il convient d'agir sur l'encéphale.

Les pratiques accessoires des bains, telles que les frictions, sont souvent conseillées en médecine comme révulsifs, et produisent de bons effets, particulièrement dans les affections rhumatismales, etc.

L'usage des vêtements avait attiré l'attention d'Hippocrate, qui donne le conseil de prendre de bonne heure les vêtements d'hiver et de les quitter tard.

Parmi les vêtements, celui dont la thérapeutique retire incontestablement le plus de fruit, c'est la flanelle appliquée immédiatement sur la peau. Dans les affections viscérales chroniques, mais principalement dans celles des poumons, on en obtient souvent de très-heureux résultats. Cette application produit en effet une puissante révolution; elle occasionne un prurit, une tillation très-incommode d'abord; cette irritation appelle les fluides à l'extérieur, et cela sur une surface très-étendue; de sorte que, bien que prise sur un point, cette irritation soit moindre que celle qu'on veut déplacer; elle surpasse cependant cette dernière, si l'on considère l'étendue qu'elle occupe; elle offre en plus en surface ce qu'elle a de moins en intensité. Au reste, quoi qu'il en soit de cette explication théorique, toujours est-il que son action ne peut être que salutaire, et qu'elle n'est jamais nuisible.

Tenir chaudement les convalescents, les abriter du froid et de l'humidité, sont presque les seuls conseils qu'on ait à leur donner d'ailleurs sur les vêtements. Il est peu de cas où ces conseils ne soient utiles; mais ils sont surtout indispensables dans les rhumatismes, les névralgies, les douleurs articulaires; dans les convalescences des maladies aiguës de la peau, surtout la rougeole et la scarlatine; dans celles du poumon, etc.

Toutefois si un malade était affaibli par des sueurs excessives, et qu'il n'existât aucun centre de fluxion, on pourrait sans inconvénient alléger les vêtements; mais on doit y procéder avec la plus grande prudence.

Il faut joindre à ces avis celui de ne jamais comprimer les cavités qui renferment des organes qu'il est si dangereux de gêner dans leurs mouvements, ni même les membres.

Quels moyens les sens peuvent-ils donner à la thérapeutique? Ils sont bien plus nombreux qu'on ne le pense communément, parce qu'on les met peu en usage, ou qu'on les emploie sans s'en apercevoir. Ainsi, quel doute peut-il y avoir sur l'influence bienfaisante de l'aspect habituel d'une riche et belle campagne, de l'impression délicieuse d'une lumière douce, pure, inaltérable, telle qu'elle brille dans nos pays méridionaux? Que ne peuvent les distractions produites par la vue d'un spectacle ravissant! Il est vrai, me dira-t-on, que ces objets ne bornent pas leur impression sur la vue, que c'est sur le cerveau, sur l'intelligence ou sur le moral qu'ils portent leur action; mais il suffit que ce soit par l'intermède de la vue, que sans elle on ne puisse jouir de ces avantages, pour que nous les regardions comme des bienfaits de ce sens.

Ce sera principalement dans les maladies chroniques de l'encéphale, dans la mélancolie, l'hypocondrie, dans les maladies occasionnées par des affections morales vives ou long-temps prolongées, qu'on cherchera à produire ces sensations. Dans les maladies aiguës, on se bornera à recommander l'obscurité.

L'ouïe a bien plus que la vue attiré l'attention des médecins; dès long-temps on avait pensé à mettre à profit l'influence qu'elle exerce sur l'organisme dans le traitement des maladies. Nous savons, en effet, que la musique est un des plus puissants modificateurs de l'économie animale; elle fait sentir son action sur le cerveau d'abord, et secondairement sur tous les autres viscères, et conséquemment sur leurs fonctions. La musique étant propre à charmer l'ennui, à faire taire les chagrins, à suspendre les passions, est par cela même très-propre à conjurer leurs funestes effets; or, comme ces dispositions de l'ame peuvent entraîner à leur suite le fâcheux cortége de toutes les maladies, on conçoit aisément quel pouvoir elle doit exercer dans ce cas.

Mais, lors même que les maladies ne reconnaîtraient pas ces causes morales, ne suffit-il pas des effets que la musique produit sur le cerveau pour en espérer la plus heureuse influence sur tout l'organisme? Ne savons-nous pas que l'encéphale tient sous sa dépendance tous les autres organes? et, s'il est bien disposé, ne pouvons-nous pas espérer que cette bonne disposition se fera sentir sur le reste de l'organisme? C'est en effet ce que prouve l'expérience. Mais la musique agit surtout dans les affections cérébrales, dans la manie, la mélancolie, l'hystérie, etc., parce que dans ces cas son action est directe.

L'effet de la musique étant loin d'être le même, suivant qu'elle présente tel caractère ou tel autre, le médecin devra s'attacher à désigner l'espèce de musique qui sera la plus convenable.

La thérapeutique s'empare aussi des effets produits par les odeurs. C'est ainsi que l'odeur pénétrante de l'ammoniaque, de l'éther, de l'acide acétique, etc., a souvent concouru, avec les autres moyens indiqués, à rappeler à la vie des individus frappés de syncope ou d'asphyxie.

On a obtenu le même succès de ces moyens dans les attaques d'hystérie, d'épilepsie, etc. Je ne doute nullement que les émanations aromatiques qu'exhalent les labiées, en jetant l'organisme dans une douce excitation, ne soient un moyen très-salutaire dans les maladies accompagnées d'hyposthénie, dans le scorbut, le rachitisme, les scrofules. Une couche composée de plantes aromatiques pourra devenir très-efficace dans ces différentes affections.

Le sens du goût est souvent sollicité dans les cas dont nous venons de parler, où un coma profond et prolongé peut faire craindre pour les jours des malades. Des acides, du sel marin, de la moutarde, sont souvent employés pour obtenir cet effet. Quelquefois on a pu se servir de l'excitation déterminée sur ce sens par quelque substance âcre ou aromatique, pour déterminer une abondante sécrétion salivaire et produire ainsi une véritable révulsion.

Plus souvent encore qu'aux sens dont nous parlons, le médecin s'adresse au tact général, à la sensibilité; mais nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit à ce sujet en traitant des moyens qui agissent sur la peau.

Les fonctions de l'encéphale nous présentent des ressources importantes pour la thérapeutique. L'intelligence se présente la première. On sait à quel degré elle modifie l'organisme; on sait qu'elle peut détruire la santé, occasionner la mort. L'exercice immodéré de cette faculté fait naître la plupart des affections; aussi a-t-on bien plus souvent occasion de conseiller le repos d'esprit que son exercice. Le repos d'esprit est surtout indispensable dans les maladies aiguës. Le travail intellectuel, pour peu qu'il excite d'effort, détourne et trouble tous les mouvements organiques; il n'a guère lieu qu'en accélérant la circulation, ce qui est toujours fâcheux. Mais un travail léger, peu opiniâtre, qui occupe sans fatiguer, peut être extrêmement utile dans les affections de long cours. On peut souvent, par ce moyen, produire une heureuse suspension aux douleurs morales et physiques. Le médecin devra s'attacher à déterminer les heures de travail, l'espèce de ce travail, et jusqu'aux livres dont la lecture lui paraîtra le plus convenable. Il devra préférer en général le genre d'étude ou de lecture le plus agréable à son malade. C'est encore dans l'hypocondrie, l'hystérie, la mélancolie, que ces moyens offrent quelques chances de succès. Si le traitement qu'on emploie est dirigé contre une altération partielle de l'intelligence, telle que la mémoire, le jugement, etc., il est inutile de dire quel doit être le but des études, et quelle direction il faut leur imprimer.

C'est principalement dans les maladies dont l'encéphale est le siége, qu'il convient de porter une attention plus spéciale sur les fonctions intellectuelles. Si la maladie est une inflammation, une congestion, une névropathie, il faut laisser l'organe dans le plus parfait repos. Nous en dirons autant si la maladie, quoique n'occupant pas l'encéphale, paraît reconnaître pour cause un excès de travail intellectuel; il est trop évident que l'encéphale doit rester dans une profonde inaction.

Nous avons vu que nous n'avions bien souvent d'autres ressources, dans les maladies chroniques et douloureuses, que de provoquer le sommeil, dernier secours d'un art, hélas! trop souvent impuissant.

Les passions peuvent-elles aussi devenir moyens thérapeutiques? Il suffit qu'un agent quelconque produise un effet, quel qu'il soit, sur l'économie animale, pour que cet agent puisse devenir entre des mains habiles un moyen de guérison. Dès longtemps on a pensé que les mouvements impétueux qu'excitent les passions pouvaient tourner à l'avantage de l'homme malade. On a déjà mis au rang des puissances thérapeutiques les plus héroïques, l'espérance et l'amour, et beaucoup d'autres passions leur disputent cet avantage.

Le médecin doit s'attacher à faire naître l'espérance dans le cœur de son malade; il ne doit montrer aucune crainte, et sa physionomie doit toujours exprimer l'espérance, lors même qu'il l'a perdue, pour dérober à l'homme mourant l'horreur de sa position. D'ailleurs l'espérance qu'il inspire, en disposant favorablement l'encéphale, peut amener une guérison inespérée. Tous ses discours doivent tendre au même but. L'éloquence est un don précieux; heureux celui qui le possède!

Quelques exemples, puisés dans notre hygiène (que l'on devra d'ailleurs consulter, si l'on veut des détails sur la manière d'agir des passions), feront mieux connaître que des préceptes l'usage qu'on peut en faire dans le traitement des maladies.

Le prince de Saxe-Weimar éprouvait à midi précis les premiers symptômes d'une fièvre intermittente. Cette fièvre avait résisté à tous les médicaments; Hufeland avance un jour son horloge de deux heures : le malade se croit guéri, et la joie qu'il en éprouve le guérit réellement. Coringius fut, dit-on, guéri d'une fièvre tierce par le plaisir qu'il eut de converser avec Meibomius.

Varéliola conseilla aux parens d'un jeune homme, affecté d'une fièvre quarte contre laquelle tous les

médicaments avaient échoué, de le faire mettre en colère un peu avant le retour de l'accès; les mouvements violents que détermina l'emportement dans lequel il entra, empêchèrent le retour de la fièvre, et justifièrent ainsi la hardiesse du conseil. Au rapport de Pechlin, un de ses amis affecté de fièvre tierce, assailli par une tempête comme il était en mer, eut tellement peur de faire naufrage, que la fièvre ne revint plus. Nous venons de dire comment la confiance que le médecin savait inspirer produisait fréquemment des résultats avantageux.

L'action de la puissance nerveuse, l'effet des passions, se conçoit encore assez bien dans les maladies dont nous venons de parler, peut-être parce que l'ignorance où l'on est encore aujourd'hui sur leur siége rend moins exigeante sur la connaissance précise de cette action.

Mais comment cette influence se fait-elle sentir dans les phlegmasies, dans les hémorrhagies, et même dans les affections organiques? c'est peut-être ce qu'il est difficile d'expliquer, mais ce qui cependant est incontestable. D'ailleurs, si les passions sont assez puissantes pour déterminer un bouleversement général dans l'économie, et produire les dérangements les plus variés, je ne vois pas pourquoi les mouvements qu'elles impriment ne pourraient pas être avantageux dans une foule de cas. Par exemple, leur effet est d'accélérer la circulation; je ne doute nullement que dans certaines maladies caractérisées par l'atonie générale, telles que les scrofules et le scorbut, certaines passions qui excitent les organes circulatoires ne puissent produire les effets les plus salutaires. Pour les phlegmasies aiguës, c'est sans doute en activant l'absorption qu'elle favorise leur résolution.

Ce n'est pas sans discussion qu'on doit se décider à admettre comme vrais les exemples cités par les auteurs; il en est même de tellement peu vraisemblables qu'on ne peut, sans une foi bien robuste, y ajouter quelque confiance. Parmi ces faits, nous choisirons les suivants, sans vouloir toutefois les garantir. Un homme, tourmenté de la goutte, fut enlevé de son lit par un prétendu spectre, qui le transporta sur ses épaules d'un étage élevé au bas de l'escalier, où il le laissa. Cet homme, que la frayeur avait saisi, recouvre l'usage de ses membres, et se trouve pour jamais délivré de sa maladie. C'est assurément un des tours les plus utiles que les spectres aient jamais joués. Un autre, condamné à la peine capitale, sujet à la même affection depuis quarante ans, en fut guéri en recevant sa grâce; et, au rapport de Haller, un autre goutteux recouvra l'usage de ses membres à la suite d'un violent accès de colère. Aubry cite l'histoire d'une femme qui fut guérie d'une perte de sang qui menaçait de devenir mortelle, par une grande frayeur qu'il lui occasionna. L'amour, qu'on peint si souvent versant un baume salutaire sur les blessures, a quelquefois arrêté des hémorrhagies qui pouvaient faire craindre une mort prochaine. Un soldat, blessé au poumon d'un coup d'épée, perdait tout son sang; les secours de l'art avaient été infructueux; la présence de son amante arrêta l'hémorrhagie et rendit la vie à ce malheureux.

Mais c'est surtout dans les maladies nerveuses que les passions agissent plus puissamment. Là, c'est sans intermédiaire qu'elles font naître les phénomènes les plus surprenants; et si, dans beaucoup de cas, ces maladies ne reconnaissent pas d'autres causes, dans une foule de circonstances elles ne reconnaissent pas d'autres moyens thérapeutiques : « Ira et spes auferant timorem, et lætitia mœstitiam; passio enim non medicinis sed alia passione contraria superatur. » Ainsi, lorsqu'on connaît la cause qui a donné lieu à une maladie, tout le talent du médecin consiste à faire naître une cause contraire.

C'est à dessein que nous passons sous silence le fait si connu de Boerhaave, qui guérit par la terreur plusieurs épilepsies imitatives; celui plus admirable encore de Bouvart, qui arracha de la mort un négociant, au moyen d'une lettre de change, etc.

Ces divers exemples, plus ou moins authentiques, et un grand nombre d'autres qu'on trouvera dans les auteurs, doivent faire connaître assez de quelle manière on devra se conduire dans des circonstances analogues.

Quoique les modifications imprimées à nos organes varient suivant que l'exercice est plus ou moins violent, suivant qu'il nécessite de fortes contractions musculaires, ou qu'il est communiqué par un agent extérieur, suivant les parties dont il exige l'action, il est cependant des phénomènes communs qui accompagnent les mouvements et le repos, qu'on peut exposer d'une manière générale. Ainsi, le premier effet de l'exercice est de déterminer, dans l'organe même qui est le siége du mouvement, une espèce d'excitation qui appelle l'afflux des fluides destinés à entretenir la vie et l'action dans ces organes. La contraction musculaire a lieu par la volonté; l'innervation est donc d'abord en travail dans le muscle qui se meut. Tout le monde sait, en effet, que si une cause quelconque, telle que la section des nerfs ou toute autre, vient à intercepter la communication de l'agent nerveux, quel qu'il soit, avec le muscle, celui-ci cesse de se mouvoir. Tout le monde sait aussi que si une cause semblable vient à empêcher le cours du sang dans le membre, celui-ci s'engourdit, tombe dans la stupeur et devient incapable d'agir. L'innervation, la circulation et les organes qui les exécutent, reçoivent donc les premières influences de l'exercice. Ces agents de vie et de réparation, augmentant directement d'activité dans l'organe en exercice, y développent un surcroît de chaleur et de nutrition, lorsque l'exercice est souvent répété. En effet, un organe exercé devient plus volumineux, plus agile, plus fort; il finit par exécuter avec une merveilleuse perfection les actes qui d'abord paraissaient d'une insurmontable difficulté. Mais, ainsi que les autres organes de l'économie animale, les muscles ne peuvent toujours être en exercice. Au bout d'un certain temps, ils se fatiguent et ressentent le besoin du repos; ils éprouvent l'incapacité d'agir, un sentiment de faiblesse invincible. On a remarqué que l'intermittence d'action était nécessaire à tous nos organes, mais surtout au cerveau : or, les actes locomoteurs étant sous l'influence directe de ce viscère, ils doivent nécessairement rentrer sous la loi commune : tels sont les premiers effets du mouvement.

Mais les mouvements ne bornent pas leur influence à ces premières modifications. Par les nombreuses corrélations qui unissent tous les systèmes de l'économie, et dont l'innervation et la circulation sont, sinon les seules causes, au moins les agents principaux, tous les organes, toutes les fonctions participent plus ou moins aux mutations que l'exercice fait naître.

Toute perte exige une réparation; sans cette réparation, l'individu vivant cesserait bientôt d'exister. Aussi les pertes qui font tomber les organes dans un tel état d'atonie et de faiblesse, que la réparation se fait avec difficulté, sont-elles les plus funestes à

l'économie animale, et abrègent-elles infailliblement les jours que nous pourrions compter sans elles. Tel n'est pas l'exercice, à moins qu'il ne soit porté à un point excessif, comme cela pouvait avoir lieu pour les athlètes et les gladiateurs; alors il entraînait ordinairement une vieillesse prématurée. Mais l'exercice modéré favorise l'appétit, active la digestion, et facilite la conversion des matières alimentaires en notre propre substance.

D'après une loi de l'organisme, tout organe ou toute portion d'organe qui s'exerce fortement exige le repos des autres organes ou trouble leur action. C'est ainsi que nous avons vu l'action de la portion cérébrale qui préside aux travaux de l'intelligence suspendre l'action de celle qui tient sous son empire les affections et les passions, et *vice versa*. C'est ainsi que nous avons vu ces mêmes actions suspendre ou troubler les actions des autres viscères de l'économie. Appliquant cette loi au sujet qui nous occupe, nous voyons que si l'encéphale est en travail pour produire des actes locomoteurs, pendant que l'estomac est rempli d'aliments, celui-ci suspend son action; la digestion est manifestement troublée, ce que prouvent des expériences directes. Ce n'est pas que l'exercice pendant la digestion s'oppose au passage des aliments de l'estomac dans les autres intestins, ce passage se fait au contraire avec une rapidité telle qu'ils ne subissent aucune altération préalable dans le ventricule; d'où il faut tirer ce corollaire important, que la digestion la plus désirable n'est pas la plus prompte, mais celle qui fait subir aux matières alimentaires les modifications les plus profondes, et les rend plus propres à nous nourrir, quel que soit d'ailleurs le temps que la nature emploie à accomplir ce travail. Mais ce n'est pas, comme le prétendait Bichat, et comme le répètent innocemment des gens qui se paient d'explications surannées, parce qu'une somme déterminée de *forces*, ayant été départie à l'économie, ne peut être employée surabondamment dans un système, sans être diminuée dans les autres, que ces effets sont produits (nous savons aujourd'hui à quoi nous en tenir sur ces forces prétendues), mais bien par la loi de l'organisme que nous venons de poser.

Il est cependant des fonctions que l'action du cerveau accélère inévitablement; je veux parler de la circulation. Mais cela se conçoit aisément : car si le cerveau est en action, pour que cette action se soutienne, il faut qu'il soit convenablement excité; or, le sang étant, ainsi que nous l'avons dit plusieurs fois, l'excitant naturel de tous les viscères, et par conséquent du cerveau, il est nécessaire qu'il afflue plus souvent et en plus grande abondance vers lui, et qu'il lui fournisse ainsi l'excitation convenable. Nous avons vu cette accélération de la circulation avoir lieu dans les travaux intellectuels et dans la plupart des passions; elle arrive et plus nécessairement encore dans la locomotion. Ainsi s'explique de la manière la plus satisfaisante la connexion intime qui unit ces deux grands systèmes de l'organisme.

Si les pertes qu'entraîne l'exercice doivent être promptement réparées, ce sera une conséquence naturelle que l'absorption intestinale se fasse avec activité; par la même raison, l'absorption interstitielle sera aussi très-active, d'où résultera une maigreur sensible, si la réparation n'est pas en rapport avec les pertes éprouvées.

Si la digestion, si l'absorption, si la circulation sont actives, les autres mouvements organiques, qui en sont la suite, ne peuvent pas tarder à se mettre en harmonie : ainsi les mouvements respiratoires doublent de fréquence et d'étendue, les poumons reçoivent une plus grande quantité d'air, et absorbent aussi une proportion plus grande d'oxygène. La nutrition jouit en effet d'une énergie remarquable; non qu'il faille en juger par l'embonpoint des individus qui prennent beaucoup d'exercice, car ces individus sont ordinairement secs et maigres, mais bien par la rapidité des mouvements de composition et de décomposition. Le système locomoteur acquiert néanmoins un volume plus ou moins considérable.

La chaleur animale, dont on ignore la source, mais qu'on a placée récemment dans l'innervation, non sans quelque vraisemblance, et qui parait être aussi le résultat des autres opérations organiques, la chaleur animale augmente beaucoup par l'exercice actif. La circulation capillaire, l'exhalation cutanée partagent l'activité générale; et peut-être est-ce à l'augmentation de cette dernière que sont dues les pertes éprouvées pendant l'exercice. Quant aux sécrétions, la plupart, dérobées à nos moyens d'investigation, ne peuvent être appréciées avec une justesse bien rigoureuse dans les divers changements qu'elles subissent. Ce qui est incontestable, c'est que la sécrétion synoviale est augmentée. La plupart des autres sont vraisemblablement diminuées.

Mais jusqu'à quel point la locomotion agit-elle sur les sens, sur l'encéphale? D'après tout ce que nous avons dit, cette influence ne saurait être difficile à apprécier. La locomotion exerçant pour ainsi dire d'une manière exclusive la portion du cerveau à laquelle elle est confiée, laissant par conséquent dans l'inaction les portions mentale et affective, la première devra acquérir un grand développement, au détriment des deux autres. Cette considération, que nous croyons parfaitement juste et fondée sur des observations irrécusables, nous fournit des conséquences bien précieuses pour l'hygiène : c'est que le meilleur moyen de détruire les effets fâcheux que produisent souvent les excès intellectuels ou les passions, c'est de faire faire au malade un exercice convenable. Combien d'hystériques, de mélancoliques, d'érotomanes, etc., n'ont-ils pas dû leur guérison à un genre de vie très-actif qu'on les obligeait de suivre ou que la fortune les forçait d'adopter! Les facultés intellectuelles et morales seront peu développées chez celui qui se livrera d'une manière exclusive à des exercices forcés. Les athlètes, comme nous savons, ne brillaient pas par les qualités de l'esprit et du cœur.

Parmi les exercices, ceux qui exigent les secours des sens augmentent leur énergie, leur finesse; mais, comme les autres parties du système nerveux, ils resteraient dans un développement médiocre, si, pendant les mouvements, ils ne se trouvaient eux-mêmes en activité.

De toutes les puissances de l'hygiène, aucune n'avait inspiré d'intérêt plus vif aux médecins de l'antiquité que la gymnastique; il en fut même qui prétendirent guérir toutes les maladies par ce moyen. Cet excès condamnable ne pouvait échapper à la sagacité d'Hippocrate, qui, bien que nourri dans cette école, ne laisse pas d'en relever les erreurs dans plus d'un endroit de ses ouvrages. Il fait surtout remarquer avec beaucoup de raison que l'exercice est nuisible aux fébricitants; et nous avons exposé dans le commencement de cette dernière division tous les avantages du repos dans les maladies aiguës.

Ce ne peut donc être que dans les affections chroniques que les exercices peuvent devenir salu-

taires; mais alors ils le sont quelquefois au point que toute guérison est impossible sans eux. Pour bien apprécier leur manière d'agir, et pouvoir par conséquent préciser le genre d'exercice convenable à chaque maladie, il conviendrait sans doute d'entrer dans de longs détails à cet égard. Ces détails, qui nous entraîneraient au-delà des bornes que nous nous sommes imposées, on pourra les trouver dans notre Cours d'hygiène. Nous nous bornerons à tracer ici les effets généraux de l'exercice, et à dire qu'il est surtout convenable dans les maladies hyposthéniques, dans les bonnes convalescences des maladies aiguës; mais que cet exercice doit être proportionné aux forces du malade, et de nature à obvier aux inconvénients qu'on est appelé à combattre.

L'exercice passif conviendra aux personnes très-faibles et très-irritables; ce n'est que par degrés qu'on passera aux exercices mixtes, enfin aux exercices tout-à-fait actifs.

Lorsqu'il s'agira de développer quelque partie du corps, on cherchera parmi les exercices celui qui exigera le plus d'efforts de la part de cette partie.

Lorsqu'il faudra fortifier l'organisme entier, faire le choix d'un exercice qui exigera une action générale. Nuls malades ne retirent plus de fruit d'un exercice général, actif, prolongé, violent même, que les hypocondriaques, les hystériques, les épileptiques, etc. Malheureusement ces individus ont une aversion extrême pour le mouvement.

Non moins que les exercices du corps, les professions nous fournissent des considérations utiles à la thérapeutique; mais ici c'est bien plutôt sous le rapport de la prophylaxie que du traitement curatif que ces données peuvent être avantageuses. Il est encore une remarque à faire, c'est que c'est bien plus souvent négativement qu'activement que les professions offrent de l'avantage. Il est peu de professions exemptes d'inconvénients; toutes exigent une persévérance d'actions de même nature, qui déjà sont nuisibles par elles-mêmes; ce n'est donc que par cette espèce d'influence que les professions peuvent devenir des agents thérapeutiques. Un individu se présentera-t-il avec quelque prédisposition marquée, ou même avec quelque affection chronique, on lui conseillera la profession qui présentera le mode d'action le plus convenable à cette prédisposition, à cette affection chronique. S'il exerce déjà un état qui favorise les progrès du mal, on devra interdire cette profession : c'est ce que nous appelons offrir un secours négatif.

S'il n'était pas si long et si difficile de devenir habile dans une seule profession, il ne pourrait être qu'extrêmement utile, sous le rapport de la santé, d'en exercer plusieurs; on pourrait ainsi se reposer des fatigues de l'une par l'exercice de l'autre. Nul doute qu'on ne détruisît par ce moyen les prédispositions et les maladies que la continuité des mêmes actes et des mêmes influences fait naitre si souvent. Quoique ce vœu ne puisse se réaliser, il n'est que trop de circonstances où l'artisan est forcé de renoncer à sa profession s'il veut conserver ses jours.

C'est particulièrement parmi les ouvriers exposés par leur état à respirer des miasmes délétères, qu'on a plus fréquemment occasion de donner ces conseils.

Dans nos mœurs actuelles, il est peu de maladies produites par la continence, dans lesquelles, par conséquent, il puisse devenir utile de conseiller le coït. Cependant si l'on pouvait soupçonner cette cause chez de jeunes personnes fortes, robustes, nubiles depuis peu d'années, on devrait conseiller aux parents de les marier. Des accidents de ce genre sont à peine supposables chez les jeunes hommes; si par hasard ils se manifestaient, ils réclameraient des moyens analogues.

La plupart des maladies nerveuses, la manie, la mélancolie, l'hystérie, peuvent résulter de la continence; le remède est presque aussi certain qu'il est peu difficile.

On a conseillé le coït contre les excès de l'onanisme; nous pensons qu'il vaudrait mieux conseiller la continence.

La continence est bien plus souvent nécessaire que le coït; les excès commis dans les plaisirs de l'amour entraînent à leur suite tous les ravages, toutes les maladies aiguës ou chroniques. Le premier devoir du médecin est, dans ce cas, de prescrire la continence.

Elle est indispensable dans les maladies aiguës, où l'excitation produite par l'acte vénérien, en activant l'innervation et la circulation, augmente nécessairement tout travail inflammatoire. Il faut bien se garder de croire que l'émission spermatique, quoique très-affaiblissante, puisse tenir lieu d'une émission sanguine : cette perte est provoquée par trop d'efforts pour qu'elle ne soit pas essentiellement nuisible.

La continence doit être ordonnée dans toutes les maladies chroniques, mais principalement dans celles qui ont leur siége dans le système nerveux, et qu'elle-même n'a pas causées.

FIN.

EXAMEN

DES

DOCTRINES MÉDICALES

ET DES

SYSTÈMES DE NOSOLOGIE

DE

MM. LAENNEC, LOUIS, GENDRIN, ANDRAL, ROCHOUX, ROSTAN, DANCE, CALMEIL, LALLEMAND, BOUILLAUD, OLLIVIER D'ANGERS ;

PAR

M. F.-J.-V. Broussais.

EXAMEN

DES

DOCTRINES MÉDICALES.

CHAPITRE PREMIER.

DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE MODERNE ET DE QUELQUES NOUVELLES DOCTRINES.

SECTION PREMIÈRE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Nous avons vu naître l'anatomie pathologique comme complément de l'observation des maladies. Nous avons bien constaté qu'elle fut d'abord soumise aux systèmes, puisque les premiers médecins qui s'y livrèrent ne cherchaient dans les cadavres autre chose que ce qu'ils y supposaient, c'est-à-dire des matières morbifiques, des dépravations du sang et des autres humeurs, des embarras, des obstructions et des ruptures des vaisseaux, des corruptions d'organes, les traces des érosions et des corrosions supposées faites par les principes acrimonieux, celles du relâchement ou de l'astriction, en un mot, les causes morbifères quelconques auxquelles ils attribuaient les maladies qui avaient terminé les jours de leurs malades.

Nous avons remarqué que long-temps ils crurent rencontrer de tout cela dans les nécroscopies, et qu'ils firent de grands efforts pour mettre d'accord avec les altérations cadavériques, toutes les doctrines qui avaient eu et qui avaient encore de la célébrité, et nous avons constaté l'inanité de ces tentatives. Toutefois nous avons pu nous assurer que leurs travaux n'avaient pas été en pure perte, puisqu'ils avaient servi à discréditer des théories dont on ne pouvait découvrir les preuves, à localiser un certain nombre de maladies, et puisqu'enfin ils avaient fourni quelques caractères aux premiers nosologistes pour fixer la valeur de certains mots représentatifs des maladies.

C'est effectivement ainsi qu'un petit nombre de phlegmasies aiguës, comme la péripneumonie, la pleurésie, qui étaient dans le vague, ont été caractérisées; que d'autres, telles que la péritonite, dont les anciens n'avaient point d'idée, ont été découvertes, et que certaines affections du cœur et de la circulation, auxquelles l'antiquité n'avait jamais songé, ont commencé à attirer l'attention des observateurs.

Il est facile de reconnaître, en parcourant les premiers nosologistes, les traces des vieux systèmes entremêlés avec celles des découvertes, soit complètes, soit incomplètes, des anatomo-pathologistes. Les fièvres y sont classées comme n'ayant point de siége dans les solides, pendant que les phlegmasies aiguës, qui toutes en ont un, sont rattachées à ce siége, les unes parfaitement, comme le phlegmon, l'érysipèle, la pneumonie, la pleurésie, la péritonite; les autres d'une manière tout-à-fait fausse, et j'en donne pour exemples la gastrite, l'entérite, l'hépatite, qui réunissent les attributs confusément présentés des phlegmasies muqueuses, des séreuses et même des cellulaires ou phlegmoneuses. Des phlegmasies muqueuses paraissent, dans ces premiers nosologistes, tantôt sous le titre de flux, tantôt sous d'autres titres, avec des caractères qui ne sont pas les leurs; et, quant aux affections chroniques, elles sont évaluées et classées de la manière la plus arbitraire et la plus bizarre, d'après les symptômes ou les résultats qui ont le plus frappé les observateurs : c'est ainsi que la grande majorité de ces affections a pour caractère générique la mauvaise disposition des sujets, désignée par le mot de *cachexie*, et que pour les détails les uns portent le nom d'une douleur ou d'un mouvement convulsif, pendant que d'autres ont pour caractères spéciaux la grosseur ou la ténuité, la froideur ou la chaleur de toute la masse du corps, ou bien les concrétions, les taches ou l'odeur de la peau, et la force ou la faiblesse des mouvemens des membres. Par conséquent, ce qui frappe le plus communément dans ces classiques, c'est que les effets sont presque toujours donnés pour des causes.

On méconnaît la gastro-entérite. Conséquences.

Si je rappelle ce désordre, cette confusion des premiers nosologistes, ce n'est plus pour en faire la critique, j'en suis vraiment trop las, et je craindrais trop de dégoûter et d'ennuyer mes lecteurs, pour revenir sur cette critique aussi bien que sur celle des nosologistes les plus modernes; c'est afin de montrer que l'anatomie pathologique, dont les classificateurs doivent par état enregistrer les découvertes, n'avait encore fourni que bien peu de

richesses à notre science, à l'époque toute récente et à peine expirée de la *Nosographie philosophique*, et pour prouver que c'est chez les anatomo-pathologistes modernes qu'il faut chercher les traces des grandes découvertes qui ont signalé notre époque.

En effet, un des principaux résultats de nos recherches et de nos rapprochemens sur les travaux des premiers anatomo-pathologistes, est d'avoir constaté qu'ils ont tous méconnu la gastro-entérite; mais pour découvrir ce défaut dans leurs ouvrages, et nommément dans celui de Morgagni, le seul qui servît de guide aux médecins avant les travaux modernes, il était absolument nécessaire d'être éclairé par la physiologie. Or, c'est elle qui nous fait connaître des choses que nous aurions en vain cherchées dans les écrits des auteurs anciens et modernes. Elle nous apprend qu'une inflammation chronique de l'estomac, qui ne fait éprouver que de légères douleurs à l'épigastre, à l'un ou l'autre hypocondre, peut déterminer, dans l'appareil de relation, des troubles tels qu'on soit tenté d'attribuer la mort à une affection primitive du cerveau ou du prolongement rachidien, quoique cette affection ne soit que consécutive. C'est par elle que nous savons que toutes les irritations gastro-intestinales sont répétées dans les sécréteurs du foie aussi bien que dans la matière nerveuse; d'où l'on peut aisément tirer la conclusion qu'elles doivent finir par en opérer la désorganisation; de sorte qu'un foie jaune, bigarré ou marbré, est toujours lié à l'existence d'une duodénite ou d'une inflammation du jéjunum. Le volume exagéré des glandes du mésentère est, également pour le physiologiste exercé à l'observation des sympathies morbides, la preuve d'une phlegmasie de l'intestin grêle; mais Morgagni, mais Bonet, etc., étrangers à toutes ces notions, ont raisonné bien différemment sur les ouvertures qu'ils avaient occasion de pratiquer. Morgagni, par exemple, avait-il été plus frappé des phénomènes nerveux que des gastriques; toute son attention était fixée sur la tête. S'il y trouvait une légère lésion, il lui accordait, ainsi que nous l'avons vu, une importance exagérée, parce qu'il était loin de s'imaginer que la rougeur de la membrane interne gastro-intestinale pût en donner la raison physiologique. Quelquefois même il n'apercevait pas cette rougeur, et, dans d'autres circonstances, il s'abstenait de l'exploration du bas-ventre. Si le cerveau ne lui offrait rien d'important, ne soupçonnant alors aucun autre tissu, il qualifiait la maladie d'apoplexie nerveuse, ou bien il attribuait la mort au peu d'air qu'il avait rencontré dans les vaisseaux encéphaliques.

Un malade avait-il succombé avec une fièvre lente, accompagnée d'anorexie, de douleurs à la région des hypocondres, etc., on se souvient que la tuméfaction du foie, celle de la rate, celle des ganglions lymphatiques du mésentère, du tissu cellulaire inter-péritonéal, attiraient toute l'attention de Morgagni. La maladie était attribuée à ces organes, dénommée en conséquence, et l'on n'accordait, pour ainsi dire, aucune importance à la coloration de la membrane interne du canal de la digestion. Un épiploon endurci, racorni, resserré le long de l'arc du colon, quelques rugosités sur la surface du foie ou des intestins, une fausse membrane, un épanchement quelconque étaient le sujet de longues dissertations; on y voyait tantôt l'inflammation, tantôt l'obstruction du foie, de l'estomac et des intestins, de sorte qu'il ne restait plus aucun symptôme à rallier autour des altérations organiques de la tunique interne. Il n'y a pas jusqu'à l'injection des vaisseaux mésentériques dont on ne méconnut la raison physiologique. On l'attribuait à l'engorgement du foie, ou bien à la faiblesse des tuniques de la veine-porte, au lieu d'y voir le résultat de l'irritation inflammatoire qui rougit également la muqueuse intestinale. Le foie, la rate et les parois de la veine-porte, tissus éternellement soumis à l'influence du sens interne gastro-intestinal qui la modifie, en y appelant le sang en plus ou moins grande quantité, étaient donc regardés comme le mobile des phénomènes pathologiques: de là l'axiome *vena portarum, porta malorum*.

Ainsi s'explique la fausse idée que l'on s'est faite des inflammations du bas-ventre. Les Bonet, les Morgagni, les Benet ont ouvert cette route; elle a été suivie par tous ceux qui ont cultivé l'anatomie pathologique. Lorsque ensuite les nosologistes ont voulu mettre à profit les travaux de ces auteurs, ils n'ont pas manqué d'attribuer exclusivement au foie, à la rate, à la veine-porte, etc., des symptômes qui appartiennent à l'irritation de la membrane muqueuse, toutes les fois que ces viscères étaient affectés concurremment avec elle; et lorsque cette membrane était seule attaquée, les douleurs qu'elle développe dans l'appareil locomoteur étaient prises pour les signes d'une affection générale. On était loin de les envisager comme les conséquences du sentiment confusément pénible que le malade rapporte alors à l'épigastre, qui lui ôte l'appétit, le porte à la tristesse, au découragement; sans réfléchir que tous les tissus ne sont pas, dans ces cas, uniformément affectés, on admettait généralité dans l'irritation des nerfs; généralité dans celle des vaisseaux. On rattachait ces idées à celles d'Hippocrate; alors, plus de surprise qu'il existât un désordre universel, lorsqu'une matière hétérogène, vénéneuse inondait tous les vaisseaux du corps vivant, et pénétrait, comme une vapeur subtile, jusque dans la substance de l'appareil nerveux. La douleur réputée universelle était le cri de la nature opprimée; la fièvre et les convulsions étaient l'insurrection, la révolte, enfin la réaction de cette nature outragée. Il lui fallait ensuite, à cette nature, cuire et digérer la matière morbifique; et si la force vitale ne pouvait en venir à bout, si le malade succombait, on n'avait garde d'attribuer tous les symptômes à la rougeur ou à la noirceur de la paroi interne du cloaque déjà putréfié de l'économie. Une pareille idée aurait suffi pour flétrir son auteur, parce qu'elle attaquait le dogme fondamental de la médecine hippocratique, qui était toujours la plus respectée. Qu'il eût paru petit et à vues rétrécies, celui qui se serait avisé d'écrire que tout l'appareil des prétendues fièvres essentielles n'était que l'effet sympathique d'un érythème de la muqueuse gastro-intestinale, et que pour en arrêter la marche, et dispenser un malheureux de la nécessité et du danger des terminaisons critiques, il suffisait de faire avorter, dès le principe, ces sortes d'inflammations! on l'aurait pris pour un fou. Aussi, personne que je sache n'a-t-il manifesté de pareilles idées.

Premiers efforts de localisation faits en France depuis Pinel.

Prost. Caffin. Alard. Petit.

Quelques-uns, entraînés par la puissance des faits, ont approché plus ou moins de cette grande vérité; mais aucun, à ma connaissance, ne l'a positivement découverte, ni formellement énoncée. M. le docteur Prost attribua bien certains phénomènes à la

maladie des muqueuses du canal digestif; mais il n'y trouva point la cause unique et suffisante des groupes de symptômes auxquels on donne le nom de fièvres essentielles; il alla beaucoup moins bien que Mills. M. Caffin, plus audacieux, attaqua l'universalité de l'irritation; mais ce fut pour y substituer des irritations purement sécrétoires, essentiellement différentes du phénomène de l'inflammation, et qui doivent avoir des marches, des périodes et des coctions. L'un et l'autre songèrent à expliquer les fièvres essentielles, comme l'avaient fait Clutterbruk, qui les attribuait à l'inflammation du cerveau; Marcus, qui leur donnait pour causes diverses phlegmasies générales du système organique; Mills, qui les faisait dépendre tantôt de l'inflammation d'un viscère et tantôt de celle d'un autre; mais ni M. Prost, ni M. Caffin, ni ces trois étrangers n'avaient trouvé le moyen de les expliquer par les sympathies, de les mettre sur la ligne des autres phlegmasies, et par conséquent à les désessentialiser (1).

M. Petit créa, comme nous l'avons vu, sur des ouvertures de gastro-entérites, sa fièvre entéro-mésentériques; mais il en fit un être hybride, qui est, et qui pourtant n'est pas essentiel. Il sépara, sans raison, le petit nombre d'entérites qui lui ont servi d'exemples, de toutes les autres inflammations du canal digestif. Il créa une fièvre, à laquelle il assigna des caractères si fugitifs qu'il ne saurait lui-même la reconnaître sur ses malades; il assigna à cette fièvre un traitement tout différent de celui qui convient aux phlegmasies des voies gastriques. Il laissa subsister à côté de sa nouvelle fièvre toutes les essentielles des différens auteurs, dont il lui était impossible, et pour cause, de la distinguer. En un mot, il augmenta la confusion au lieu de la diminuer, et consacra de plus en plus les principes pernicieux de la thérapeutique du brownisme. Cet auteur était pourtant parti de faits réels; c'est même à lui que l'on doit la première description exacte qui ait paru en France des altérations des intestins grêles à la suite des prétendues fièvres; mais l'ontologie l'a empêché d'en tirer de justes conclusions.

Tels sont les travaux de ceux de nos contemporains qui se sont le moins écartés de la vérité. Mais leur sort a été bien différent: le dernier, malgré les contradictions révoltantes que je viens de lui reprocher, fut regardé comme l'auteur d'un bon ouvrage. Les journaux proclamèrent l'excellence et surtout l'utilité de son travail, et cela, parce qu'il n'avait rien dérangé à l'édifice nosographique; tandis que les deux autres, accueillis par la critique la plus virulente, ont vu tomber leurs écrits, et ridiculiser jusqu'à leur nom. C'est parce que, malgré tout le respect qu'ils affectaient pour la fatalité de la marche, pour les crises de l'être fièvre, avec toutes ses subdivisions, et même pour la thérapeutique adoptée, ils avaient attaqué le fond de la doctrine prédominante, en essayant des explications que le maître avait expressément défendues: qu'aurait-ce été s'ils avaient eu la hardiesse d'avancer que tout se réduit dans les fièvres aux sympathies d'une gastro-entérite aiguë! Et certes, s'ils avaient eu cette idée, il leur en eût beaucoup moins coûté pour l'exprimer que pour créer des irritations sécrétoires différentes des phlegmasies, et pour chercher la cause de l'adynamie dans la retraite du sang des tissus muqueux abdominaux.

Mais non, il est bien évident que personne n'a assigné à l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale les symptômes qui lui appartiennent, au milieu du désordre et de la confusion des maladies fébriles.

Et c'est là précisément pourquoi tous les traités d'anatomie pathologique n'ont concouru presque en rien à l'avancement de la médecine pratique. En effet, comment connaître les signes qui correspondent aux autres phlegmasies, si ceux de l'inflammation de la muqueuse digestive qui les complique si fréquemment sont ignorés? et comment se rendre compte de l'effet des moyens administrés à l'intérieur, quand on les dépose, sans s'en douter, dans un estomac enflammé, dont les sympathies morbides sont inconnues?

Je devais ces développemens à la réputation des principaux traités d'anatomie pathologique. Je crois en avoir dit assez pour mettre le lecteur à même de les juger. Cependant l'importance que l'on affecte aujourd'hui de donner à l'un de ces ouvrages, que l'on avait dédaigné pendant une douzaine d'années, m'engage à m'y arrêter un peu plus que sur les autres.

Exposition de la doctrine de M. Prost.

M. Prost voit un grand nombre des faits physiologiques dont se composent les maladies, mais il les voit confusément; ils ne sont point à leur place dans sa théorie, parce qu'ils y sont à côté de suppositions. La doctrine physiologique ne saurait être extraite de son ouvrage, parce qu'elle n'y est pas. Elle n'y est pas, car une doctrine suppose une disposition régulière des faits, des vérités qui la composent; et dans l'œuvre de M. Prost, il se rencontre confusément des erreurs et des vérités, comme dans tous les écrits des hommes d'esprit, qui ont beaucoup observé sans bien savoir ce que signifiait ce qu'ils observaient, et sans en déduire une série régulière de conclusions, reposant sur un petit nombre de principes. Il ne savait pas la signification de ce qu'il observait, puisqu'il dit qu'il ne cherche pas dans les cadavres les causes des maladies, mais les effets de ces maladies. Elles étaient donc pour lui des êtres existans indépendamment des organes? Il ignorait la valeur des lésions cadavériques, puisqu'après avoir dit que les altérations des muqueuses digestives deviendraient peut-être un jour la base de la médecine, et ailleurs, que les fièvres muqueuses, gastriques, ataxiques, ont leur siége dans la membrane muqueuse des intestins, on le voit, dans un autre lieu, considérer la rougeur de cette membrane, que l'on observe à la suite de ces prétendues fièvres, comme son état naturel, et sa pâleur comme son état morbide. C'est ainsi qu'il explique les phénomènes de la fièvre adynamique, par éloignement du sang des vaisseaux mésentériques. Non-seulement la valeur des lésions cadavériques lui était inconnue, mais il mêlait encore l'humorisme à son vitalisme; puisqu'il attribue souvent à la bile les rougeurs de la muqueuse qu'il a considérées dans un autre moment comme

(1) Un système à peu près analogue à celui du docteur Caffin vient d'être inventé par M. le docteur Alard. (*Du siége et de la nature des maladies*, ou *Nouvelles considérations touchant la véritable action du système absorbant dans les phénomènes de l'économie*, par M. Alard, D. M. P., etc., en 2 vol.; Paris, 1821.) Après avoir converti dans un premier volume tout le système capillaire de Bichat en vaisseaux absorbans, il y place dans le second la cause des fièvres que M. Caffin avait établie dans les vaisseaux chargés des différentes sécrétions. Au surplus, les deux systèmes ne diffèrent pas essentiellement l'un de l'autre, puisque M. Alard fait présider ses absorbans à toutes les fonctions intérieures, et surtout aux sécrétions (1821).

l'état sain, tandis que c'est au contraire la même irritation d'où dépend la rougeur qui appelle sur le lieu irrité la bile, le mucus, et y développe les vers.

M. Prost était pressé de produire; son ouvrage conserve encore l'empreinte brute de ce qu'il avait rapporté de dessus les bancs. Voyez comme ses fièvres restent des entités ataxiques et adynamiques préexistantes aux lésions, malgré toute l'importance qu'il donne à ces derniers. Admirez comme il sépare les systèmes : l'artériel à sang rouge du veineux, le nerveux relatif du ganglionnaire, pour reléguer certains symptômes des fièvres de l'un de ces systèmes, et les y circonscrire de telle sorte qu'ils semblent étrangers à tous les autres. Ces divisions sont-elles dans la nature?

L'auteur le croit si peu, qu'il dément ou corrige l'instant d'après l'assertion à laquelle il avait paru donner beaucoup d'importance. C'est ainsi qu'après avoir dit : *La fièvre est un trouble de la circulation artérielle, causé par l'excitation directe ou sympathique du système à sang rouge,* il ajoute, comme Marcus, que tantôt les artères sont *principalement* affectées dans son cours, et que d'autres fois *ce sont les nerfs*. Dans le premier cas, on la nomme inflammatoire ou angioténique; dans le second, *elle a des dénominations qui doivent avoir pour fondement la nature des altérations qui lui donnent lieu*. Quelle confusion dans ce peu de mots!... une fièvre qui est définie, un trouble de la circulation artérielle, et dont pourtant l'affection des nerfs forme le principal caractère; des fièvres reléguées dans les artères, parce que M. Pinel l'a dit!... Mais dans quel point du cercle artériel!... Ailleurs il vous dira que la fièvre inflammatoire ou engioténique est simple, lorsque les désordres essentiels qui ont lieu pendant son cours affectent principalement les viscères pectoraux. Eh! que deviennent alors le catarrhe et la pneumonie? M. Prost serait-il un brownien admettant une diathèse sthénique qui prédomine dans le poumon et qui pourtant n'est pas une phlegmasie? Non, sans doute, car cette définition était appliquée par Brown à la pneumonie et non à la fièvre inflammatoire. Mais si M. Prost s'en sert pour cette dernière, je le répète encore, que fera-t-il de la péripneumonie? Il admet d'autres fièvres, dont la dénomination doit avoir pour base la nature des altérations qui leur *donnent lieu*, après avoir assuré qu'il ne regardait point les lésions cadavériques comme les causes des maladies, mais plutôt comme leurs effets. Quelles sont donc ces altérations qui doivent servir à dénommer les fièvres? La pâleur de la muqueuse fournira-t-elle la base de la dénomination des adynamiques? Et la bile et le mucus donneront-ils les moyens de qualifier celles que l'on appelle bilieuses pituiteuses? Si c'est ainsi qu'il voit les choses, l'auteur prendra toujours l'inverse de la vérité, ou les effets pour les causes, et s'exercera continuellement à justifier une classification vicieuse et des dénominations ridicules.

Il y a, dans l'ouvrage de M. Prost, des choses qui, quoique mal exprimées, ne laissent pas d'être dignes de notre attention : par exemple, quand il dit que les fièvres restent inflammatoires, tant que l'excitation ne se communique pas aux organes de la digestion. Bien que cette proposition manque d'exactitude, puisqu'il n'y a pas une seule fièvre, de celles dites angioténiques, qui ne dépende d'abord d'une irritation gastro-intestinale, elle prouve cependant qu'il a bien observé que tout état fébrile qui se prolonge manifeste une altération de plus en plus considérable dans le canal digestif et dans les organes qui lui sont annexés. Mais M. Prost donne trop d'importance aux nerfs et aux ganglions du grand sympathique, qui ne sont point le siége immédiat des phénomènes en question. Quand il dit que le cœur et les ganglions sont des centres vers lesquels se dirigent toutes les altérations des artères et des *nerfs qui les accompagnent,* et que le trouble plus grand du premier, ou celui des derniers, décident essentiellement des symptômes divers des fièvres, il avance des propositions qui suffisent pour prouver que son livre ne pouvait jamais fournir la véritable théorie des maladies fébriles. En effet, son idée fondamentale est celle-ci : que les formes angioténiques et ataxiques dépendent de l'affection prédominante des artères ou des cordons nerveux du grand sympathique; mais quelle est cette affection? l'a-t-il ralliée à l'inflammation, comme cause de sympathies perturbatrices? Eh! non certes; s'il en avait eu l'idée, il l'aurait exprimée. Il est donc resté fort en arrière de Marcus. Que signifient des affections prédominantes dans les nerfs, dans les artères? cela contient-il l'idée-mère fondamentale de la différence des formes ataxiques et angioténiques? Hélas! en aucune manière, et ni le cerveau ni le cœur ne jouent leur véritable rôle dans la production de l'état fébrile. L'esprit se fixe aussitôt sur les expansions de ces deux appareils pour y voir je ne sais quelle affection, qui n'est point définie. Mais où la voit-il, son affection? est-ce seulement dans les muqueuses, dans les points sensibles du corps, capables, par leur état inflammatoire, de réveiller des sympathies?... Point du tout, il la voit tout le long des nerfs ganglionnaires, et dans tout le trajet de l'arbre artériel. Or, tout cela est inexact; les nerfs des ganglions sont étrangers au sentiment, et les autres, dont il ne parle point ici, ne font que transmettre l'irritation par l'intermédiaire des masses nerveuses centrales, de son foyer primitif, aux tissus disposés à la recevoir; ce qui donne naissance aux phénomènes dits ataxiques. Pour ce qui est des artères, la distinction qu'il faut faire est si importante, que sans elle l'assertion de M. Prost se réduit à rien; car les grosses artères ne sont que des agens passifs dans l'état inflammatoire, à moins qu'elles ne soient elles-mêmes enflammées, ce qui est rare, et n'exclut point d'ailleurs la phlegmasie des tissus capillaires. C'est le cœur irrité par l'influence du foyer de phlegmasie qui leur communique l'agitation. Quant aux petites artères, ou celles du système capillaire, elles ne peuvent jamais être observées d'une manière assez isolée, pour que l'on distingue leur affection de celle des autres élémens de cet inextricable tissu; d'où il résulte que l'inflammation des artères capillaires se confond avec les inflammations ordinaires des différens organes. Aussi Bichat avait-il étudié le système capillaire d'une manière collective, en l'isolant des gros vaisseaux. M. Prost s'occupe aussi de ce tissu, car il s'occupe de tout; mais il ne lui a pas assigné son rôle dans les fièvres. Il n'a pas non plus marqué celui du cerveau et des nerfs : il n'a donc pas résolu l'énigme des fièvres essentielles.

M. Prost présente une foule de vues précieuses, pour la plupart extraites de Bichat, sur les sympathies du canal digestif avec le cerveau, et réciproquement; mais tous ces phénomènes sont isolés de ceux qui ont rapport aux fièvres; du moins ils n'en sont point rapprochés de manière à ce qu'on aperçoive, à la lecture de cet auteur, la raison de tous les symptômes qui accompagnent la phlegmasie aiguë des muqueuses digestives; aussi personne n'a-t-il pu les y voir avant la publication du premier *Examen*. On y a trouvé depuis tout ce qu'on a voulu;

ce qui ne prouve autre chose, sinon que l'auteur a beaucoup vu sans savoir bien au juste ce qu'il voyait, et que ceux qui lui ont attribué la découverte de la physiologie des fièvres ont manqué d'attention ou de bonne foi.

Ce qui le prouve avec autant d'évidence que les passages déjà cités, c'est la manière dont il conçoit l'adynamie comparée à l'ataxie, ou les différences qu'il trouve entre elles. *L'adynamie*, selon cet auteur, *est due*, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, *à l'éloignement du sang artériel, des vaisseaux qu'il parcourt dans les intestins dans l'état naturel.* On trouve effectivement dans les cadavres des portions d'intestins rouges, auxquelles adhère la bile, avec plus ou moins de mucus, et des portions blanches et sèches, où l'on n'aperçoit ni bile ni mucus. M. Prost prend les premières pour le type de la santé, et les secondes pour celui de l'état morbide. Il suffit d'avoir ouvert un seul individu, enlevé par une mort violente et sans gastrite, pour être convaincu de l'erreur de M. Prost. Il n'a donc pas reconnu qu'en vertu de la loi *ubi stimulus, ibi fluxus*, la bile est attirée vers les points enflammés, et passe sur les autres, sans y adhérer. C'est ainsi, pour le dire en passant, que sont produits les prétendus embarras gastriques.

Il regarde l'adynamie comme l'état opposé de l'ataxie, et répète que les fonctions animales éprouvent un affaissement constamment proportionné à la petite quantité de sang qu'on observe dans les intestins. Voilà encore deux propositions qui sont précisément le contraire de la vérité : l'adynamie n'est point l'état opposé à l'ataxie, c'est le même phénomène, à la différence près d'une irritation cérébrale portée à un plus haut degré, et quelquefois élevé jusqu'à l'inflammation. L'adynamie est la faiblesse des muscles et la stupeur morale, produites par l'irritation de la muqueuse enflammée, agissant sur l'encéphale, il s'y joint *toujours* du délire et des mouvemens convulsifs, occasionnés par cette cause, qui est la même que celle de l'ataxie, au degré d'intensité près.

L'adynamie et l'ataxie ne *luttent* donc pas l'une contre l'autre, comme le prétend M. Prost, d'après lequel l'afflux du sang vers les intestins détermine l'ataxie dans les exacerbations du soir, pendant que son éloignement de leur tissu, durant la matinée, fait reparaître l'adynamie. Il veut que l'influence de la lumière et du calorique sur la peau, pendant le jour, y appelle le sang, qui abandonne alors la région abdominale pour s'y reporter à la chute du jour. Cette assertion est contre la vérité; d'abord parceque la peau des adynamiques s'échauffe en même temps que leur muqueuse digestive, c'est-à-dire qu'elle a plus de sang dans les redoublemens qu'aux autres époques; ensuite parceque cette manière d'envisager les phénomènes fébriles suppose l'irritation de l'appareil sanguin général, primitif et antérieur à l'irritation de la muqueuse abdominale; ce qui est faux, puisque le cœur et les différentes régions de l'appareil capillaire sanguin ne sont excités que sympathiquement et par l'irritation de cette membrane. Cette manière de voir prouve jusqu'à l'évidence que M. Prost n'a point *désessentialisé* les fièvres; qu'il place ces maladies d'une manière vague et générale dans les expansions sanguines et nerveuses, ainsi que je l'ai dit plus haut, et qu'il les fait se localiser tantôt sur la peau, d'autres fois sur les intestins et sur les sécréteurs annexés à la fonction digestive.

Ce qu'il ajoute concourt à démontrer que telle était sa théorie, puisqu'il avance très gratuitement que « les exacerbations, les diverses causes sympathiques qui obligent le sang à affluer vers l'abdomen et dans le foie, pendant l'adynamie, sont les moyens que la nature emploie pour *ranimer* les viscères de la digestion, et rétablir par leur action les fonctions du cerveau et de tous les autres organes; en un mot, que tout ce qui provoque alors les systèmes nerveux et artériel tend au même but. » Les exacerbations ne peuvent avoir ce but, puisqu'elles dépendent de l'augmentation de l'irritation dans le foyer inflammatoire, c'est-à-dire dans le canal digestif, et puisque tout ce qui provoque l'action de ce foyer, loin de rétablir les fonctions du cerveau et des autres organes, tend au contraire à en augmenter le désordre. Mais l'explication de M. Prost a pour but de justifier le traitement à la brownienne, exigé par la nature adynamique. C'était le point essentiel. Une autre conséquence qu'elle entraîne, c'est que l'état ataxique est une chose fort avantageuse dans ces maladies.

Ce que le docteur Prost nous a donné sur la manie est écrit avec verve, plein de vues ingénieuses, et respire la plus ardente philanthropie, malgré la confusion et les contradictions qu'on y remarque. En effet, il fait jouer un grand rôle à l'affluence du sang dans le canal digestif et à l'irritation des papilles muqueuses, comme agissant sur le centre sensitif. Et puis, qui le croirait? ces belles observations sont défigurées par l'humorisme : c'est la bile, par son abondance ou son âcreté, ce sont les vers, qui développent l'irritation du canal digestif. Il le répète en plusieurs endroits : « Tant que la bile conserve une certaine action, le sang abonde encore; où elle se trouve dans les intestins, elle entretient les phlogoses, et les signes de manie sont plus violens lorsqu'ils en dépendent. Lorsqu'au contraire cette liqueur devient pâle, claire ou transparente, alors elle paraît perdre ses propriétés excitantes, et l'on ne remarque point ou très-peu de vaisseaux sanguins dans la surface interne de ces viscères, quelles que soient d'ailleurs leurs altérations. » Ailleurs il dit : « L'action de la bile, qui était funeste dans les premiers temps de la maladie, devient un moyen de guérison en certaines circonstances; c'est-à-dire, lorsque les altérations sont chroniques. Souvent, dans ces cas, la *fièvre bilieuse* est suivie d'un état plus naturel que celui qui l'avait précédé. » Plus loin il veut que « les symptômes bilieux *raniment* et procurent une vitalité nouvelle aux ulcérations dont ils changent quelquefois les dispositions dans la manie. »

On voit, par ces citations, que notre auteur fait agir les causes irritantes extérieures qui produisent la manie sur les nerfs (et non sur le cerveau) et sur les sécréteurs de la bile, d'où il tire l'indication d'évacuer cette humeur pour faire cesser les symptômes de manie, parceque c'est la bile qui accumule le sang dans les intestins, et qui les entretient dans un état de phlogose. Mais comme, selon lui, le défaut de sang dans ces tissus n'est pas moins dangereux que son excès, et comme ce défaut dépend du peu d'activité de la bile qui est devenue claire et pâle, il veut exciter des *symptômes bilieux* pour réchauffer les intestins, les rougir et irriter leurs ulcérations. Il considère donc ces dernières comme indépendantes de l'inflammation, comme produites par un principe d'asthénie dont la bile est le correctif et le remède. Ainsi, voilà un principe de sécrétion bilieuse préexistant à la manie aiguë, et la produisant par l'irritation consécutive des intestins; un principe de non-sécrétion bilieuse dans la manie chronique et indolente, laissant manquer les intestins

d'un stimulus nécessaire, et donnant lieu à l'éloignement du sang de la muqueuse intestinale, et par suite à des ulcérations qui ne sont point le résultat de la phlogose, puisqu'il faut la réveiller pour les guérir.

Que l'on fasse l'application de ces principes à la pratique, on trouvera qu'il faut irriter les intestins pour en chasser la bile, et qu'il faut irriter les intestins pour y appeler la bile. Sont-ce là les principes, est-ce là la thérapeutique de la médecine physiologique qui enseigne que l'irritation de la tunique sensible du sens interne gastrique, excite les différens organes et surtout l'encéphale, de sorte que le délire est produit dans la manie comme dans les *fièvres* par la même cause qui détermine la supersécrétion bilieuse; qui apprend qu'en faisant cesser l'irritation gastro-intestinale, on apaise le délire en remédiant à la supersécrétion bilieuse; qui fait voir que les ulcérations qu'on trouve en même temps dans l'intérieur des intestins, ne sont, malgré la pâleur des environs, autre chose que les traces d'une phlegmasie ancienne, décolorée par l'épuisement du sujet, ou par l'appel du sang dans un point récent d'inflammation, et que la liquidité et la dégénération de la bile sont les résultats de l'affaiblissement de l'action du foie, consécutive à sa surexcitation? Mais, au surplus, cette pâleur avec ulcération est rarement telle qu'on la dépeint ici. Si la rougeur ne paraît plus dans les intestins, la couleur brune ou la noire, qui en sont les conséquences, l'ont remplacée. Et d'ailleurs les ulcérations conservent encore assez de rougeur dans leurs bords pour prouver qu'elles ne sont pas indépendantes de l'inflammation.

La médecine physiologique, qui n'a rien d'exclusif que sa dépendance de l'observation rigoureuse des faits, enseigne aussi à ne mépriser aucun moyen; elle ne repousse donc pas les purgatifs proposés dans la manie; seulement elle est attentive à ne les employer que lorsque les moyens qu'elle oppose à l'irritation gastrique l'ont assez diminuée pour qu'on n'ait rien à redouter de la stimulation de ces médicamens. Mais elle est rarement obligée d'y recourir; car, ce qui calme l'irritation de la muqueuse digestive, suffit ordinairement pour corriger la surabondance bilieuse. Je conviens que notre doctrine ne conduit point à l'emploi des purgatifs pour exciter la bile et en faire le remède des ulcérations intestinales dans la manie chronique; mais j'ose croire que ce n'est pas en ce point qu'elle se rendra digne de blâme; et je doute que M. Prost ait retiré de grands avantages de cette pratique, et qu'il en soit aujourd'hui le partisan comme autrefois.

Il est maintenant facile de juger que M. Prost fut mal compris lorsqu'on lui reprocha d'avoir *attribué exclusivement à la souffrance de la muqueuse gastro-intestinale, les fièvres intermittentes, toutes les ataxiques sans exception, et même la manie.* Je suis tombé moi-même dans cette erreur (*Histoire des phlegmasies*), parce que j'avais jugé son ouvrage d'après les analyses qu'en avaient données certains journaux. J'entrepris bien, à la vérité, d'en faire la lecture; mais je fus arrêté par la diffusion de cet auteur, et surtout par la multitude d'hypothèses, d'assertions imaginaires, au milieu desquelles j'allais cherchant quelque chose de positif et de démontré. Au surplus, faut-il le dire? le respect que j'avais encore pour les opinions du professeur Pinel, et la crainte de m'exposer à la critique, m'arrachèrent la phrase suivante, que l'on me reproche aujourd'hui: « J'ai trop souvent rencontré cette membrane en bon état, à la suite des typhus les plus malins; j'en ai vu un trop grand nombre s'améliorer par l'emploi des stimulans les plus énergiques, pour partager l'opinion de ce médecin sur la cause de la fièvre ataxique. »

Le fait est que j'étais dans l'erreur; que les observations me trompaient, comme elles en trompent encore un grand nombre d'autres; comme elles ont trompé si long-temps les browniens, qui reviennent aujourd'hui sur leurs premières assertions; comme elles ont trompé tous les médecins depuis Hippocrate, qui disait *experientia fallax*, jusqu'à nos jours. Si je ne trouvais pas de gastro-entérites dans tous les cadavres des adynamiques, c'est qu'on m'avait enseigné que la couleur brune n'était pas un signe de phlegmasie. Lorsque j'y voyais du rouge, je prononçais le mot de gastrite, comme on peut le vérifier par les observations de l'*Histoire des phlegmasies;* mais quand je n'y découvrais qu'une nuance brune ou livide, je regardais cela comme un état cadavérique, et je n'y faisais pas assez d'attention. Quant au traitement, j'avais renoncé au quinquina, au camphre, à la serpentaire; mais j'employais encore la limonade vineuse: c'est avec cette boisson que j'ai vu guérir quelques *fièvres adynamiques*, comme je puis le démontrer par mes cahiers de clinique que je possède encore, et que je relis souvent pour comparer le vieil homme avec l'homme nouveau, éclairé et régénéré. Ce sont mes observations ultérieures, celles des autres dont j'ai tâché de ne rien perdre, celles même de M. Petit, qui m'ont conduit à reconnaître les véritables traces de l'inflammation intestinale. Mes prédécesseurs n'avaient pas osé en déduire la fausseté des fièvres essentielles, parce que cette assertion renversait l'édifice antique: si j'ai été plus hardi qu'eux, c'est que je me suis éclairé du flambeau de la physiologie, c'est que j'ai long-temps médité sur le rôle des organes de la digestion dans la longue série des animaux de toute espèce. Les réflexions, les rapprochemens que j'ai faits, des discussions répétées avec des médecins instruits, les objections souvent si justes des jeunes élèves dont les préjugés n'ont pas encore corrompu le jugement, m'ont porté à soupçonner qu'une irritation gastrique pouvait produire les symptômes des fièvres dites essentielles. Leur guérison subite par les moyens qui détruisent ces irritations, leur récidive par les agens qui peuvent les reproduire, ont fait le reste; et lorsque j'ai été bien convaincu, j'ai cru de mon devoir de chercher à détromper les autres.

Mon premier soin a été de me réfuter moi-même. Loin d'en rougir, je m'en fais gloire. Fallait-il donc, par un coupable amour-propre, soutenir les erreurs de mes premiers écrits? Malheur à l'homme qui se fait un point d'honneur de ne jamais confesser les fautes qu'il a commises! La fausseté ne se soutient que par la fausseté; et rien n'est plus méprisable, à mes yeux, que celui qui entasse subtilités sur subtilités pour se soustraire à l'aveu d'un tort ou d'une erreur. Au surplus, ces erreurs n'étaient pas les miennes; et quand elles l'auraient été, je n'aurais pas eu pour elles plus d'indulgence. Oui, je me plais à confesser que le respect que j'avais pour l'autorité de M. Pinel m'a empêché de voir la vérité, et de dire toute ma pensée dans l'*Histoire des phlegmasies.* Qu'en est-il résulté? que les nuances de gastrites que j'y ai dépeintes n'ont point été reconnues; que les victimes du brownisme ont continué à tomber, quoique j'eusse fourni les moyens de les arracher à la mort. Quand je n'aurais sauvé qu'une centaine de ces malheureux en attaquant l'auteur de la *Nosographie* dans cet ouvrage, comme je l'ai fait depuis dans mon premier *Examen*, ne serais-je

pas bien dédommagé des calomnies auxquelles j'ai été en butte? Certes, j'avais assez vu pour exécuter cette attaque avec succès, si l'autorité de ce professeur ne m'eût empêché de croire à la réalité de ce que je voyais. Que mes confrères cessent donc de m'opposer à moi-même pour me combattre ; mais qu'ils méditent les nouvelles propositions physiologiques que je leur soumets, et surtout qu'ils répètent mes expériences pour savoir si j'ai raison dans le moment actuel. J'ose espérer qu'on me pardonnera cette digression, parce qu'elle est liée à la philosophie de la science et à l'intérêt de l'humanité. Sans cela, je n'aurais pas voulu me la permettre. Je reviens à l'auteur de *la Médecine éclairée par l'ouverture des corps.*

J'en ai dit assez pour prouver aux plus incrédules que personne ne peut avoir puisé dans l'ouvrage de M. Prost des idées justes sur la nature des prétendues fièvres essentielles. Je me dispenserai donc de suivre plus long-temps cet auteur.

Qu'on ne se figure pas que je veuille attaquer les idées et les connaissances physiologiques actuelles de M. Prost. Si j'en juge par les changemens qui se sont opérés en moi depuis l'époque où son ouvrage a paru, il peut penser aujourd'hui, touchant la classification nosographique, bien autrement qu'il ne pensait lorsqu'il n'était qu'un jeune élève, écho de la doctrine de ses maîtres, et ouvrant les cadavres de malades dont il n'avait pas dirigé le traitement. Je soutiens même que ceux qui ont eu connaissance des ouvrages publiés depuis cette époque en Italie et en Allemagne, ou qui ont voulu répéter nos expériences sur le traitement des phlegmasies, ont éprouvé, bon gré, mal gré, un changement énorme dans leur doctrine particulière, quel que soit, d'ailleurs, le langage qu'il leur plaise de tenir aujourd'hui devant le public. Or, j'ai voulu représenter M. Prost de 1804, et non M. Prost de 1821, afin de prouver à mes lecteurs, tout en développant de nouvelles vérités, que la vraie théorie des fièvres n'était pas dans ses écrits, et que, par conséquent, je n'ai pu l'y puiser pour la transporter dans les miens.

L'anatomie pathologique érigée en science indépendante.

Jusqu'ici l'anatomie pathologique n'avait eu pour objet que la recherche du siége et des causes des maladies, comme l'annonçait le titre de l'ouvrage de Morgagni (*de Sedibus et causis Morborum*). Mais on entendait les *causes prochaines ;* car les *causes éloignées* appartiennent aux agens extérieurs du corps. Chaque médecin ne cherchait dans les solides et dans les fluides que des causes analogues à celles qu'une théorie, apprise d'avance, lui avait enseigné à se représenter en action sur les solides et sur les fluides. Tout cela résulte des faits qui nous sont passés sous les yeux et des rapprochemens qu'ils nous ont suggérés : depuis nous nous occupons de l'anatomie pathologique. Maintenant nous allons voir ce genre d'observation prendre une physionomie nouvelle : elle va d'abord s'isoler et tenter de se rendre indépendante. Nous verrons quelles seront ensuite ses prétentions.

Long-temps, comme nous l'avons vu, Bichat, en étudiant la structure, les limites, les rapports des différens tissus, fut naturellement conduit à tenir note des altérations qu'il y trouvait. Il en fit l'objet d'un cours particulier, dans lequel il faisait connaître à ses élèves l'état sain par l'état malade, et l'état malade par l'état sain ; se réservant d'ailleurs de déterminer, dans un autre temps, à quelle sorte de maladie correspondait chaque espèce de lésion. Il fut d'abord obligé d'ajourner ces questions, attendu qu'il étudiait les altérations organiques sur des sujets dont il n'avait pas observé les maladies. Enfin lui-même devint médecin d'hôpital ; et ce fut au moment où il allait rendre l'anatomie pathologique à sa véritable destination, au complément de l'histoire des maladies, qu'il fut enlevé à la science, dont il avait déjà su reculer les limites.

Cependant on profita de ses idées. Les cours d'anatomie pathologique se répétèrent, et bientôt on érigea cette branche de l'observation cadavérique en une véritable science. J'avouerai que je n'ai jamais pu comprendre quel intérêt pouvaient présenter les altérations des organes, considérées indépendamment des symptômes des maladies. En y réfléchissant bien, il m'a même semblé que cette espèce d'étude menait directement à l'ontologie, puisqu'elle tend à séparer les organes des siéges extérieurs de leurs lésions d'action. En effet, étudier les organes altérés sans faire mention des symptômes des maladies, c'est comme si l'on considérait l'estomac indépendamment de la digestion : les muscles, sans s'occuper de la locomotion ; l'appareil sanguin, sans parler de la circulation, etc. Je regarde cette méthode comme une suite de l'ancienne médecine, qui fut d'abord empirique, parce qu'on était réduit à l'observation des symptômes, et qui devint bientôt ontologique, parce que l'on rassembla les symptômes en différens groupes, qui reçurent chacun une dénomination, et présentèrent l'idée d'une maladie indépendante des organes dont elle exprimait les lésions d'action vitale. Cette méthode, je le sens, était nécessitée par l'impossibilité de se procurer l'ouverture des cadavres ; mais lorsque cette ouverture fut autorisée par les lois, on devait naturellement s'attendre à voir tous les efforts des médecins se réunir pour attacher les symptômes aux organes, sauf à réformer les groupes que l'on avait faits autrefois, s'ils ne représentaient pas avec exactitude les lésions fonctionnelles de ces mêmes organes. Tel était en effet le but des travaux des Bonet, des Morgagni, des Baglivi, des Sarcone, des Rhœderer, des Wagler, des Stoll, des Lieutaud et de ce Pugol, dont l'ouvrage a été exhumé à l'occasion des travaux de notre école. Quoique ces hommes laborieux n'eussent pas atteint leur but, égarés qu'ils étaient par des théories préconçues, ils y marchaient du moins, l'impulsion était donnée ; tout ce qu'il y avait de plus distingué dans la médecine la suivait avec une louable activité et avec des succès différens, suivant que l'on était plus ou moins dominé par l'ontologie des écoles antiques. Cette ontologie elle-même allait en diminuant, l'on commençait à sentir les vices fondamentaux des nosologies ; en un mot, on pouvait entrevoir le moment où tous les hommes qui professent l'art de guérir se rallieraient à la médecine physiologique, dont ils étaient les promoteurs, lorsque la création d'une prétendue science, appelée anatomie pathologique, vint imprimer à la science une autre direction.

Ce que j'avance ici n'est point une chimère : on en a vu la preuve dans la nosologie du professeur Pinel, lequel, après avoir considéré les maladies comme des groupes de symptômes indépendans des changemens qui s'opèrent dans les organes, nous présente ces changemens comme des maladies particulières, indépendantes des groupes de symptômes dont il a rempli ses premières classes. Or, cette méthode vicieuse, il l'a puisée dans les écrits des

médecins qui ont érigé l'anatomie pathologique en une science indépendante des maladies.

Ma tâche est donc maintenant d'examiner la substance de ces ouvrages, de vérifier les fondemens des théories qu'on y élève, et d'en montrer les influences sur l'art de connaître et de traiter les maladies.

EXAMEN DES LÉSIONS ORGANIQUES, D'APRÈS LE GRAND DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, ET DE LEURS RAPPORTS AVEC L'IRRITATION.

Doctrine des anatomo-pathologistes en 1821. — *Leurs quatre classes de lésions organiques.*

Après avoir fait sentir, par ces considérations générales, que cette espèce d'étude n'est point une science, mais bien un complément de la pathologie, je vais en rechercher les preuves détaillées dans les ouvrages de ceux dont les travaux ont étendu parmi nous cette partie des connaissances médicales. Je suis bien loin de prétendre diminuer le mérite de leurs travaux; mon seul but est de les rendre à leur véritable destination.

Toutes les altérations organiques, nous dit celui d'entre eux (1) qui a écrit *ex professo* sur cette matière, et auquel nous devons de précieuses découvertes, paraissent pouvoir être divisées en quatre grandes classes.

1° *Les altérations de nutrition*, les plus simples de toutes, puisqu'elles ne consistent que dans l'hypertrophie (accroissement de nutrition), ou dans l'atrophie (diminution de nutrition) d'un organe ou de quelqu'une de ses parties constituantes.

2° *Les altérations de forme et de position;* elles comprennent principalement les luxations et les hernies.

3° *Les altérations de texture,* produites par un agent extérieur ou par le développement intérieur d'un corps étranger organisé.

4° *Des corps étrangers animés,* ou les vers et les insectes qui naissent ou peuvent vivre dans le corps humain.

Après avoir fait cette division, on convient qu'elle est forcée, et que ce que l'on range dans une classe pourrait, sous certains rapports, appartenir également à une autre.

Pour l'exposition des lésions comprises dans les deux premières classes, la méthode suivie par Morgagni, et qui consiste à examiner successivement toutes les altérations de chaque organe, semble encore la meilleure à l'auteur de cette classification. Pour les deux dernières, il croit devoir entrer dans des considérations générales; c'est-à-dire étudier les lésions dont elles se composent d'une manière abstraite et indépendante des parties où ces lésions peuvent exister.

La texture des organes peut, dit-il, être altérée de quatre manières différentes, savoir : 1°, par la simple solution de continuité, comme dans les plaies et les fractures; 2°, par l'accumulation ou l'extravasation d'un liquide naturel, comme dans l'anasarque, l'apoplexie, les tumeurs graisseuses, etc.; 3°, par l'inflammation ou ses suites; 4°, par le développement accidentel d'un tissu ou d'une matière qui n'existait point avant l'état de maladie, comme les tissus squirrheux, tuberculeux, osseux, accidentels.

(1) *Dict. des sciences médicales*, art. *Anatomie pathologique.*

Je me permettrai maintenant quelques observations sur ce qui vient d'être exposé.

Que sont ces altérations considérées en elles-mêmes et indépendantes des organes et de leurs propriétés? Ce sont des faits de pure curiosité, et qui ne sont d'aucune utilité pour celui qui les étudie. Que m'importe de savoir si le volume, la forme, la texture de nos parties sont susceptibles d'altérations, si l'on ne m'apprend en même temps ce qu'il faut faire pour me préserver de ces lésions, ou bien pour m'en guérir si j'en suis affecté? Peut-on raisonnablement dire à un élève qui soupire après des vérités nouvelles, et dont il puisse faire l'application aux actes journaliers qui constituent sa conduite médicale : « Des altérations de volume, de forme, de texture, peuvent avoir lieu dans votre corps; je vais vous les nommer, et même vous les faire voir; mais là se termine toute ma science, et si vous voulez en savoir davantage, c'est-à-dire connaître les rapports de ces lésions avec ce qui les produit ou avec ce qui peut les guérir, il faudra vous adresser à ceux qui ont étudié les causes et les remèdes; et ceux-ci vous en parleront sans faire mention des lésions organiques; car ils ne les connaissent pas; ou bien ils les traiteront d'une manière incomplète? » Certes, aucun professeur d'anatomie pathologique ne peut tenir ce langage : aussi personne ne l'a-t-il tenu. Ceux même qui ont prétendu faire de la connaissance des lésions organiques une science particulière, ne peuvent se dispenser, en entrant dans leurs sous-divisions, de parler de la cause, puisqu'ils distinguent les lésions de texture en celles qui dépendent des solutions de continuité, celles qui viennent de l'extravasation d'un liquide, celles qui sont l'effet de l'inflammation ou de ses suites. Mais aussitôt que la nécessité de mentionner la cause, pour distinguer les lésions les unes d'avec les autres, a été admise, l'histoire de cette lésion se lie à celle de la cause de différentes manières. S'il s'agit d'un corps contondant ou tranchant, la cause n'importe plus à l'observateur, aussitôt qu'elle n'est plus en action sur l'individu; mais s'il est question de l'inflammation, la cause intéresse bien davantage, car son action se prolonge indéfiniment. On sent donc la nécessité de ne plus séparer l'histoire de l'inflammation de celle des lésions dont elle peut être la cause, et bientôt on s'aperçoit que toutes ces lésions font partie de la connaissance de cet état pathologique, et, par la même raison, rentrent entièrement dans la science des lois vitales, c'est-à-dire dans la physiologie.

Mais remontons aux lésions organiques qui sont le résultat des violences extérieures, et qui portent les noms de déplacemens, luxations, fractures : observons-les quelque temps après leur production, nous verrons la douleur, les convulsions, enfin l'inflammation naître dans le tissu qui en est le siége. Il nous sera donc facile de concevoir que ce phénomène leur est lié comme effet, ainsi qu'il est lié comme cause aux précédentes, et dès lors nous sentirons que l'histoire de l'inflammation ne saurait être complète, si l'on n'expose de quelle manière l'irritation déterminée par l'action d'un corps étranger peut donner lieu à son développement. Cette même irritation provoque aussi des douleurs sympathiques ainsi que des convulsions, dans des lieux éloignés, et voilà la pathologie associée, par un double lien, à la connaissance d'une plaie, d'une luxation, d'une fracture, d'une hernie, qui ne sont rien sans l'irritation, et sans lesquelles l'histoire de cette lésion ne saurait être complète.

C'est fort bien, dira-t-on : mais il reste encore aux

inventeurs de la science appelée anatomie pathologique, des ressources pour l'isoler de la pathologie proprement dite. Ils les trouvent dans les lésions qui ne sont ni causes ni effets de l'inflammation, telles que l'hypertrophie, l'atrophie, et dans ces tissus qui n'ont point d'analogues dans l'état sain et qui se développent, on ne sait trop pourquoi, au milieu du corps vivant : telles sont les tubercules, le squirrhe, les encéphaloïdes ou la matière cérébriforme, les mélanoses, etc.

Il est certain que les auteurs qui nous occupent n'ont point attribué ces lésions à l'inflammation; mais l'est-il également qu'elles n'en soient pas dépendantes? J'ai plusieurs fois effleuré cette importante question; voici le moment de la traiter d'une manière un peu plus approfondie, en évitant, toutefois, autant qu'il me sera possible, de fastidieuses répétitions.

L'hypertrophie et l'atrophie ne surviennent point sans cause, et, considérées sans cette cause et sans les troubles qu'elles occasionnent quand elles sont produites, elles ne présentent que des faits isolés de tout ce qui peut leur donner de l'intérêt et de l'utilité. Dire qu'il y a des organes trop développés dans leurs dimensions, et d'autres trop déprimés pour remplir d'une manière convenable le rôle qu'ils doivent jouer dans l'exercice des fonctions, c'est faire un appel à l'attention de celui qui vous écoute, c'est lui faire désirer et espérer le développement des rapports de ces altérations avec tous les phénomènes de la vitalité; mais si vous ajoutez, après un pareil début, que vous n'avez plus rien à lui dire, votre première assertion n'est plus qu'une trivialité. Que penser de celui qui en est l'auteur s'il vous apprend que cette assertion est une partie considérable, la quatrième partie d'une science?... Allons donc au-delà, et voyons, en général, quelles sont les causes qui exagèrent ou qui exténuent le volume de nos parties, et quels effets il en résulte.

Chez les uns, ces vices sont l'effet de la manière dont la nutrition s'est exercée dans l'état de fœtus, c'est-à-dire qu'ils sont innés et peuvent être héréditaires : voilà un premier fait. Il en résulte toujours un trouble dans l'exercice des fonctions; tels sont ceux qui dépendent de l'anévrisme actif congénial (hypertrophie) du cœur, ou de sa petitesse relativement au volume du reste du corps. Le premier vice entraine une circulation trop active, une chaleur extraordinaire, et parfois la stagnation du sang dans les principaux viscères; le second est accompagné d'une langueur remarquable du cours des fluides, et d'un froid opiniâtre des extrémités. Pour le cerveau, une nutrition extraordinaire qui développe une intelligence prématurée, et une petitesse qui entraîne l'imbécilité, nous présentent des faits absolument de même ordre. Que l'on me dise maintenant si dans ces différens cas le fait de l'altération du volume est quelque chose pour le médecin, sans le fait du dérangement des phénomènes de la vitalité, et si ces faits ne sont pas également indispensables au complément de l'histoire de la physiologie. Mais c'est bien pis encore quand il s'agit d'hypertrophies et d'atrophies qui ont été produites depuis la naissance. Qu'on cherche à faire leur histoire, et l'on aura bientôt acquis la conviction que ces lésions sont produites par l'influence trop puissante des agens d'irritation qui tendent incessamment à exagérer les phénomènes de la vie dans certaines parties, au détriment de plusieurs autres. Je prendrai pour exemple l'hypertrophie et l'atrophie accidentelles du cœur et du cerveau. N'est-ce pas ainsi que les vives affections de l'âme et le transport d'une irritation rhumatismale occasionnent quelquefois la suppuration du cœur; que les collections du péricarde en déterminent l'atrophie; que les irritations cérébrales agrandissent le volume de la tête, en y causant un épanchement séreux chez les enfans; et que ces mêmes irritations, en agissant pendant long-temps sur le cerveau d'un adulte, dans la folie, finissent par en déterminer l'atrophie, et avec elles produisent une réduction considérable de la voûte du crâne? Faut-il encore demander si de pareilles lésions sont quelque chose dans la considération des phénomènes physiologiques, et si elles font partie intégrante de la pathologie humaine? Que l'on applique ces réflexions aux atrophies paralytiques des extrémités, et bientôt on verra si elles sont quelque chose sans y joindre les considérations qui peuvent nous faire connaître si la cause en est locale, si elle dépend du cerveau ou du rachis, et quelles aberrations physiologiques sont survenues dans la substance médullaire qui communique avec les nerfs paralysés.

Jusqu'ici nous n'avons rien trouvé dans les altérations organiques qui ne fit essentiellement partie de la pathologie physiologique, la seule qu'un bon esprit puisse désormais adopter.

Les corps étrangers animés ne sont pas dignes d'une discussion particulière, puisqu'il est impossible de les considérer comme des lésions organiques, ainsi que je l'ai fait voir en terminant l'analyse de la nosographie philosophique; je passe donc aux *altérations* de textures, point le plus important de toute la doctrine des médecins français qui cultivent l'anatomie pathologique, question fort délicate, et qui, par la manière dont ils l'ont examinée, les a conduits à ce fatalisme que je leur ai déjà reproché.

Les tissus accidentels, et qui n'existaient point avant la maladie, se divisent, d'après les auteurs que je cite, en *tissus accidentels qui ont des analogues parmi les tissus naturels de l'économie animale, et en tissus qui n'ont point d'analogues, et qui n'existent jamais que par suite d'un état morbifique.*

Les premiers sont les *ossifications*, les tissus *fibreux, fibro-cartilagineux, cartilagineux, cellulaire, corné*, et les *poils accidentels*. On y a depuis ajouté ces autres tissus accidentels, que l'on compare à ceux des corps caverneux, du mamelon, de l'iris, et que pour cette raison on appelle aussi érectiles : tels sont les fongus hématodes ou tumeurs sanguines, plusieurs *nœvi materni*, les cancroïdes. On attribue tous ces tissus à un état *morbifique*, mais on ne nous dit pas de quelle nature est cet état; c'est-à-dire, dans quels rapports il se trouve avec l'action des modificateurs de l'homme et les organes sains. Chacun doit pourtant sentir que sans ces connaissances l'histoire de cet état, ou de ces états *morbifiques*, n'est pas complète; pour la compléter il faut donc étudier les causes dont l'action peut les produire, et cette étude associe à l'instant tous ces tissus à la pathologie. On peut observer en effet qu'ils se développent dans les lieux qui ont souffert une stimulation prolongée, et j'aurai bientôt occasion de rapporter les faits qui prouvent cette vérité, en traitant des lésions suivantes auxquelles celles-ci sont liées de la manière la plus intime.

Ces lésions, qui composent le deuxième ordre des tissus accidentels, sont, d'après les auteurs que nous citons, les *tubercules*, le *squirrhe*, les *encéphaloïdes*, ou la *matière cérébriforme*, les *mélanoses*. L'opinion de nos auteurs est que ces sortes de lésions organiques se développent, sinon spontanément, du moins

par des causes inconnues, au milieu des tissus sains; qu'ils y existent d'abord dans un état de crudité, c'est-à-dire durs et indolens; qu'ensuite ils passent à l'état de ramollissement, qui les convertit en une espèce de bouillie. Cette bouillie est une désorganisation qui commence dans le centre, la circonférence étant encore dure; mais peu à peu ce qu'il y avait de dur se convertit en bouillie, pendant que de nouvelles duretés se forment successivement et de proche en proche dans tous les environs, pour éprouver définitivement la réduction en bouillie : et ces progrès n'ont d'autre terme que la désorganisation de la partie, si elle n'est arrêtée par la destruction de l'individu.

Ces funestes progrès ne sont que trop réels, quoiqu'il y ait quelque chose à modifier dans la description qu'on nous en donne; mais ce qui est échappé à l'attention de ces observations, aussi bien dans ces lésions que dans les précédentes, ce sont les rapports physiologiques des duretés par où commence la désorganisation, avec les différens modificateurs de nos organes. Or, cette connaissance, qui constitue l'étiologie de ces altérations de texture, nous les fait voir tellement dépendantes des divers modes d'irritations organiques, qu'elles font partie intégrante de l'histoire de l'inflammation et de celle de la névrose : c'est dire assez qu'elles rentrent dans la pathologie comme un complément indispensable, et placé directement sur la ligne de la gangrène et de la suppuration.

Je vais entrer dans les preuves de cette nouvelle assertion; mais j'avertis d'avance qu'en invoquant les faits, je serai souvent obligé de contredire formellement les assertions des auteurs dont j'examine la doctrine, et de présenter ces mêmes faits sous un point de vue tout différent de celui sous lequel ils les ont envisagés.

1° *Les tubercules sont*, nous disent-ils, *une matière opaque, d'un jaune pâle, qui dans l'état de crudité a une consistance analogue à celle de l'albumine concrète, mais plus forte. Dans l'état de ramollissement, elle devient d'abord molle, friable, et acquiert par degrés une consistance et un aspect analogues à ceux du pus. On a désigné cette matière* MORBIFIQUE *sous le nom de matière scrofuleuse, mais les tumeurs scrofuleuses, quoique de* MÊME NATURE, *ont quelques caractères particuliers, qui en font une véritable variété des tubercules.* Voilà la description : voici la théorie, suivant les mêmes auteurs. Je me contente de la résumer.

Les tubercules se forment sans cause appréciable, à moins qu'on ne les attribue à un vice scrofuleux; ce sur quoi les auteurs ne s'expliquent pas ouvertement. Ils sont l'effet d'une disposition innée. L'irritation et l'inflammation n'en sont jamais la cause unique; elles ne font qu'en hâter le développement. Les germes tuberculeux existent dans certaines familles. Ils restent souvent cachés pendant une ou deux générations, et se développent ensuite, le plus souvent sans qu'on puisse en déterminer la cause. Quand ils se forment dans le poumon, par exemple, ils peuvent y produire des tubercules qui restent pendant tout le cours d'une longue vie à l'état de crudité; mais dans la plupart des cas, cela n'a pas lieu. Ils croissent spontanément, ou bien à l'aide des catarrhes et des autres phlegmasies de ces organes : c'est leur première période, dont aucun signe ne peut déceler l'existence. En grossissant ils provoquent la toux, excitent l'inflammation dans le parenchyme qui les environne, déterminent la fièvre hectique; c'est leur seconde période, pendant laquelle l'expectoration n'est encore que muqueuse. Mais enfin, ils se ramollissent, se réduisent en une matière pulpeuse et puriforme qui est expectorée ou résorbée; la fièvre augmente, le corps maigrit, la diarrhée survient; et si l'on trouve après la mort les ganglions du mésentère transformés en tubercules, ils sont dus au même principe qui a développé ceux du poumon; ils ont germé spontanément comme eux, et c'est à leurs progrès qu'il faut attribuer la diarrhée et les autres lésions des fonctions digestives. Quel que soit d'ailleurs le lieu où se rencontrent ces tubercules, on en explique toujours la formation de la même manière, et les traces de phlegmasies qui peuvent se rencontrer dans les tissus qui les contiennent sont attribuées à leur influence. Quant aux poumons, les cavités qu'on y trouve ne sont que le résultat de l'évacuation ou de la résorption de la matière tuberculeuse; et ce ne sont nullement des ulcères produits par l'inflammation phlegmoneuse. Si l'on y observait des cavités sans tubercules, elles pourraient être le résultat d'un principe *ulcéreux;* mais cela n'a rien de commun avec la véritable inflammation.

Telle est la théorie des anatomo-pathologistes; elle rentre, comme on voit, dans les principes du fatalisme. Voici maintenant la manière dont la médecine physiologique explique la formation et les progrès des désorganisations où l'on trouve la dégénération tuberculeuse.

Les tubercules ne se forment point sans cause appréciable : ils sont le résultat d'une irritation organique, qui est produite par des causes communes à toutes les affections irritatives. Dans le poumon, par exemple, cette irritation est provoquée par le froid, et par tout ce qui peut augmenter l'action organique de ce viscère. L'irritation pulmonaire ne commence point à produire des tubercules sans avoir affecté des tissus plus vivans que celui où ils se développent. En effet, elle se développe ou dans la membrane muqueuse des bronches ou de leurs cavités vésiculaires, ou dans le tissu cellulaire et *vasculeux* interposé entre ces cavités, où enfin dans la membrane séreuse ou la plèvre qui enveloppe ces différens tissus (1). Elle peut y régner à différens degrés. Dans ceux qui sont fort intenses, elle détermine un afflux considérable de sang avec beaucoup de chaleur, ce qui constitue une inflammation aiguë, et c'est l'hépatisation ou la suppuration ordinaire qui en sont les résultats. Dans les degrés moins intenses, l'irritation se prolonge et constitue une phlegmasie chronique, catarrhale, parenchymateuse ou pleurale, ou elle se perd dans la *subinflammation*. Or, c'est la prolongation de cette irritation qui donne lieu à la formation des tubercules, lesquels, une fois produits, suivent, à quelque chose près, la marche décrite par les auteurs d'anatomie pathologique. Cette assertion n'est pas gratuite : en voici les preuves.

On ne rencontre jamais, dans les cadavres des hommes constitués de manière à être exposés à la phthisie pulmonaire, ce que nos auteurs appellent des tubercules crus, à moins que les personnes n'aient présenté pendant la vie les signes de l'irritation de l'organe respiratoire. Lorsqu'une conscription

(1) Nous pensons aujourd'hui que l'irritation génératrice des tubercules peut exister non seulement dans les vésicules aériennes, mais aussi dans les parois des vaisseaux. Cette idée sera développée plus loin : elle est indiquée ici par le mot *vasculeux*, qui est dans le texte de 1821.

trop sévère enlevait à la France des milliers de jeunes gens, sans que l'on eût égard à la faiblesse de leur constitution ni aux maladies de leurs familles, j'ai ouvert ou vu ouvrir par mes collaborateurs aux armées, durant l'espace de dix années, tant en Italie qu'en Espagne, plusieurs centaines de sujets qui avaient succombé aux phlegmasies de la tête, de l'abdomen, ou même aux péripneumonies aiguës. J'ai toujours eu soin de vérifier si les poumons de ceux qui étaient phthisiques (1), c'est-à-dire, qui avaient un corps grêle, le cou long, la poitrine rétrécie, les membres peu charnus, la peau fine et transparente, les cheveux blonds, beaucoup d'irritabilité, et qui avaient été sujets aux hémorrhagies, présentaient quelque chose d'extraordinaire, et jamais je n'ai trouvé la moindre trace de tubercules, à moins que la maladie qui les avait enlevés n'eût été précédée d'un catarrhe, d'une pneumonie ou d'une pleurésie *chroniques*, en un mot, d'une irritation de l'appareil pulmonaire; car il en est qui semblent résister dans l'appareil névroso-vasculaire sans congestion et sans sécrétion morbides, au moins pendant quelque temps. Or, il est très probable, ou plutôt il est certain que si ces jeunes gens, chez qui je n'ai point aperçu de germes tuberculeux, fussent restés dans un pays froid ou tempéré, un grand nombre d'entre eux auraient un jour succombé à la phthisie pulmonaire.

Cette probabilité se convertit en certitude lorsque l'on considère : 1°, que lorsque l'armée où je servais stationnait en Belgique et en Hollande, il mourut un grand nombre d'individus de cette constitution, par les progrès de la phthisie pulmonaire, avec des tubercules très multipliés; 2°, qu'aussitôt que les mêmes corps furent arrivés en Italie, ces phthisies devinrent extrêmement rares : de telle sorte qu'on ne les observait plus que sur ceux qui en avaient reçu la première impulsion avant leur départ de la Hollande, ou dans les fatigues de la route; 3°, que tous ceux, sans exception, chez lesquels on voyait se développer la phthisie pulmonaire, en faisaient remonter la cause à une impression du froid qui leur avait occasionné un catarrhe, une pneumonie peu intense, ou une pleurésie, ou à quelque autre cause qui avait irrité le poumon, comme les percussions, des chutes, des affections morales, l'usage des boissons alcoholiques et des autres excitans des voies gastriques, les courses forcées, et autres excès qui avaient accumulé le sang dans le tissu des poumons, etc.; 4°, qu'en arrêtant ces quatre phlegmasies par une méthode très active, au moment de leur explosion, détruisant au plus vite les congestions, et calmant les irritations pulmonaires, quelle qu'en fût la cause, je rendais et je rends encore tous les jours la phthisie très rare, quelle que soit la disposition constitutionnelle des individus à devenir victimes de cette cruelle maladie; 5°, que lorsque le hasard m'a fait prendre la visite d'un médecin moins empressé d'enlever jusqu'aux plus légères traces des phlegmasies aiguës de l'organe respiratoire, j'ai toujours rencontré, parmi les convalescens, un bien plus grand nombre de phthisiques que parmi ceux que laissait un confrère soigneux d'enlever promptement, et d'une manière complète, les phlegmasies et toutes les irritations pulmonaires, accidentellement provoquées; 6°, que toutes les fois que j'ai vu se développer la phthisie chez des malades que j'avais traités moi-même dès le commencement de leur catarrhe, de leur pleurésie ou péripneumonie ou de leurs irritations pulmonaires quelconques, j'ai dû en accuser, ou ma timidité à combattre l'irritation (ce qui m'arrivait souvent dans le commencement de ma pratique), ou l'indocilité des malades, ou leur sortie prématurée et leur exposition à l'influence des causes capables de rappeler cette irritation.

C'est dans les hôpitaux militaires que j'ai d'abord pu faire ces intéressantes remarques : ensuite je les ai vu vérifier sous mes yeux, par ceux de mes collaborateurs qui pratiquaient d'après les mêmes principes que moi; enfin j'en ai apprécié toute l'importance dans la pratique civile particulière, toutes les fois que j'ai trouvé des malades assez dociles pour se soumettre à la méthode dont j'avais retiré tant de succès dans les armées actives ou sédentaires.

Si cette masse de preuves ne porte pas la conviction dans les esprits de tous mes lecteurs, au moins appellera-t-elle leur attention sur la marche des phlegmasies pulmonaires, et je ne doute nullement que tous ceux qui daigneront y regarder de bien près en retireront un immense avantage.

Voici maintenant, selon moi, ce que l'on peut avancer de plus satisfaisant sur la cause particulière du développement des tubercules pulmonaires, chez certains sujets plutôt que chez les autres.

D'abord je poserai en principe, comme fait incontestable et d'après mon expérience, que tous les hommes peuvent devenir victimes de la phthisie tuberculeuse. Il ne faut pour cela que laisser vieillir les catarrhes, ou les renouveler pendant un temps plus ou moins long. Les autres causes de l'irritation du poumon peuvent, sans contredit, avoir même résultat : les efforts de voix long-temps répétés, malgré la présence d'une inflammation de cet organe, les coups portés continuellement sur les parois thoraciques, comme il arrive aux maîtres d'escrime, etc., peuvent aboutir au même résultat. On remarque seulement que les sujets grêles, faibles, et tels que je les ai dépeints, deviennent beaucoup plus facilement tuberculeux et phthisiques, que les hommes bruns, à large poitrine, à muscles bien dessinés; mais à la fin, à force de souffrir des phlegmasies pulmonaires, les personnes les plus vigoureuses deviennent de vrais phthisiques. Il est vrai que plusieurs d'entre elles résistent à la désorganisation tuberculeuse jusqu'à l'âge du déclin, et même jusqu'à la vieillesse. Alors l'altération tuberculeuse présente un aspect différent de celui qu'elle offre dans la jeunesse : c'est ce que nous trouvons dans la phthisie avec mélanose, dont je vais m'occuper après avoir parlé des tubercules mésentériques (2).

De même que les tubercules du poumon sont l'effet ordinaire d'une phlegmasie prolongée dans la muqueuse de l'appareil respiratoire, ainsi les tubercules du mésentère sont provoqués par l'irritation inflammatoire de la tunique interne du canal digestif : c'est une vérité que j'ai déjà énoncée, mais que je veux présentement faire servir à la démonstration du mode de production de cette dégénérescence.

Je partirai d'une assertion tirée des mêmes auteurs dont je combats la théorie. Ils ne balancent pas à considérer les glandes lymphatiques renfermées dans les feuilles du mésentère, comme susceptibles de cette espèce de lésion. Ils les en disent affectées dans le degré qu'ils appellent de *crudité*, quand ils les trouvent tuméfiées, blanches et dures. Or, s'il

(1) Selon le langage des fatalistes.

(2) Je soupçonne maintenant l'hypertrophie du cœur et l'artérite qui l'accompagne si souvent, d'être liés à la génération des tubercules chez certains sujets.

est vrai que cette tuméfaction soit provoquée par l'inflammation de la muqueuse des intestins grêles, et qu'elle en soit une répétition sympathique, comme les gonflemens des glandes de l'aine sont la répétition d'une phlegmasie de la muqueuse du gland, comme les gonflemens des glandes de l'aisselle sont la propagation d'une inflammation des doigts, comme la turgescence des ganglions cervicaux est l'effet de la stimulation de la peau, de la face et du cou par l'impression du froid, etc.; les tubercules de ces messieurs peuvent être un produit de ce phénomène. Pour moi, je pense que c'est là le principal mécanisme de la tuméfaction des ganglions lymphatiques, tant internes qu'externes. Quant aux glandes viscérales, la peau intérieure, ou le tissu muqueux d'où partent leurs absorbans, ne reçoit point l'impression de l'air froid; mais il reçoit celle d'autres stimulans, et ces stimulans, d'après mes observations, n'affectent point les ganglions ni les follicules sécréteurs de ces viscères, sans avoir provoqué une irritation catarrhale dans le même tissu muqueux. Au fond, le mode de stimulation de la membrane avec laquelle correspondent les ganglions lymphatiques et le mode de transmission de l'irritation de la membrane aux ganglions sont bien les mêmes; mais les ganglions et les follicules sécréteurs viscéraux résistent plus à l'inflammation que ceux de l'extérieur; de sorte qu'ils ne la contractent que consécutivement à celle de leur membrane muqueuse.

C'est dans les maladies appelées scrofules et syphilis que je puise les motifs de mon opinion. On y observe, en effet, mille cas d'inflammation des ganglions lymphatiques de l'extérieur du corps, pour un seul cas d'inflammation des ganglions viscéraux. Quelle que soit la cause de cette différence, puisqu'elle existe, elle doit être notée, et rien n'empêche d'en déduire des conclusions pour éclairer la question qui nous occupe.

En vain les fatalistes voudraient nier l'analogie, en soutenant que les ganglions de l'extérieur du corps n'ont rien de commun, dans leur forme et dans leur manière de devenir malades, avec ceux qui sont situés dans les viscères : l'analogie de leur état pathologique est aussi parfaite que celle de leurs fonctions. Il n'est plus temps d'introduire dans l'économie animale des légions d'entités morbides de nature dissemblable; si l'on observe parfois quelques différences dans la couleur, dans la consistance et dans la bouillie des tubercules extérieurs comparés à ceux des viscères, souvent aussi on n'en rencontre aucune, ainsi que je l'ai souvent constaté en mettant les glandes cervicales à côté de celles du mésentère, chez des sujets où les unes et les autres étaient tuméfiées et désorganisées. Au surplus, si ces différences existent, on en trouve de semblables entre les ganglions de la même partie, qui ne sont pas tous parvenus au même degré d'altération.

Nos auteurs veulent également établir de grandes différences entre les tubercules des sujets que l'on appelle scrofuleux, et ceux des malades qui n'ont point reçu cette qualification (1). Mais ces petites dissemblances sont les effets de la différence des âges et des constitutions : la lymphe des personnes encore jeunes, et qui ont éprouvé un grand nombre d'irritations glandulaires, est sans doute un peu différente de celle des adultes d'une constitution vigoureuse et plus animalisée; mais cela ne fait rien au mode de production qui est toujours le même, quels que soient et le degré d'action vitale et les apparences extérieures de la constitution individuelle. Dans tous ces cas, si les ganglions sont gonflés, c'est qu'ils ont été irrités, et cette irritation leur est toujours parvenue par le même mode physiologique, par la stimulation des tissus membraneux, d'où proviennent les lymphatiques qui vont s'y rendre. Qu'on lise Sœmmering, *De morbis vasorum absorptium*, et l'on aura bientôt acquis la certitude de ce que je viens d'avancer.

Résumons-nous maintenant sur le chapitre de l'irritation des glandes lymphatiques. Ces glandes reçoivent l'irritation des tissus d'où partent leurs absorbans. Si ces tissus éprouvent une inflammation véhémente, les glandes la partagent, peuvent souffrir le phlegmon, et passer à la suppuration phlegmoneuse. C'est ainsi que se forment les bubons dans les vives inflammations du gland et de l'urètre : quelquefois même ici l'inflammation des glandes est plus active que celle de la muqueuse génitale. C'est encore de la même manière que sont occasionnées la rougeur et la suppuration des ganglions du mésentère dans les gastro-entérites aiguës, que l'on a exaspérées par une médication stimulante, ainsi que peut l'attester l'ouvrage du docteur Petit sur la prétendue fièvre *entéro-mésentérique*; mais si l'irritation des membranes muqueuses devient chronique, les ganglions correspondans, après avoir été rouges, deviendront blancs, et se trouveront convertis en véritables tubercules, qui, par la suite, sécréteront au milieu de leur parenchyme, cette matière caséiforme, véritable suppuration chronique de ces tissus (2), et à laquelle les fatalistes ont assigné le nom de matière tuberculeuse. Combien de fois n'ai-je pas fait observer aux élèves qui suivaient ma clinique, des entérites chroniques qui avaient éprouvé des retours d'état aigu, et dans lesquelles les ganglions qui correspondaient aux points rouges de la muqueuse, se présentaient avec la même couleur, pendant que ceux qui répondaient aux régions où la phlegmasie intestinale avait pâli par sa vétusté, et laissé à sa suite quelques ulcères, étaient blancs, et ne différaient pas des véritables tubercules (3)?

Puisque l'inflammation prolongée des membranes muqueuses peut produire la dégénération tuberculeuse dans les glandes lymphatiques du voisinage, pourquoi ne voudrait-on pas qu'elle fût capable de l'occasionner dans les tissus cellulaires adhérens à ces membranes, puisque ces mêmes tissus contiennent des lymphatiques aussi bien que les glandes que l'on appelle de ce nom (4)? Prenons encore les intestins pour exemple. Il m'est souvent arrivé de trouver de petits tubercules entre les tuniques du cœcum, qui est plus riche en tissu cellulaire que les intestins grêles, lorsqu'il avait souffert une inflammation chronique, et qu'il était épaissi et criblé à son intérieur de petites ulcérations. J'ai confronté ces tubercules avec ceux qui existaient en même temps dans le mésentère, et je n'ai pu découvrir entre eux aucune différence. J'en ai souvent observé de pareils dans le tissu cellulaire qui environne l'es-

(1) Quelques-uns n'ont plus cette prétention, comme on le verra pour Laennec.

(2) Voilà, dès 1821, la *sécrétion tuberculeuse*, rendue célèbre depuis peu suivant quelques-uns; mais voyez le second *Examen*, etc., tome II, page 691.

(3) Voilà l'origine des observations de M. le docteur Louis sur le rapport des plaques ulcérées avec les ganglions du mésentère.

(4) Idée exploitée par de soi-disant inventeurs, qui disent que les tubercules ont plutôt leur siége dans les aréoles cellulaires, où elles sont un vice de la transpiration locale, que dans les glandes lymphatiques, comme le prétend M. Broussais. Oh! les braves gens!

tomac dans les gastrites chroniques; et pourtant ces tissus ne contiennent aucune glande lymphatique perceptible à nos sens dans l'état sain. Il y a donc, dans les tissus aréolaires qui sont adossés aux membranes muqueuses, une organisation analogue à celle des glandes lymphatiques, en vertu de laquelle ils dégénèrent de la même manière que ces glandes, c'est-à-dire en tubercules, lorsque l'irritation agit sur ces membranes avec opiniâtreté et dans une nuance peu active. Voilà des faits; et quand je rapporterais les observations d'où je les ai tirés, cela n'ajouterait rien à leur réalité; chacun peut les vérifier: ils l'ont été; ils le seront encore quand on voudra, c'est pourquoi je passe outre.

La possibilité de la production des tubercules par l'extension de l'inflammation du tissu des membranes muqueuses au tissu aréolaire qui leur est adhérent, étant démontrée pour l'abdomen, qui empêche d'en faire l'application à l'appareil pneumatique? n'y est-on pas également forcé par l'évidence des faits? D'abord l'analogie est exacte entre le plan d'organisation du poumon et celui des voies gastriques; on y trouve également une membrane muqueuse, derrière laquelle il existe des ganglions lymphatiques et un tissu aréolaire rempli de vaisseaux du même ordre.

Passons ensuite à l'état morbide. Que l'inflammation se prolonge dans la membrane muqueuse des bronches, on est sûr de trouver, après la mort, les ganglions qui entourent leurs bifurcations dans un état de tuméfaction. Si cette inflammation a été aiguë, ils sont d'un rouge noirâtre; si elle a été chronique, et que la muqueuse soit ulcérée comme dans la phthisie trachéo-bronchique, ils sont blancs dans le jeune âge, et plus ou moins remplis de la matière caséiforme dite tuberculeuse. Que l'on se représente maintenant la prolongation de cette muqueuse, qui se distribue dans toutes les vésicules aériennes, en proie à une phlegmasie chronique ou bien à une subinflammation, pourquoi refuserait-on de croire que les tissus aréolaires, qui sont répandus autour de ces vésicules, et qui leur servent de soutien et de moyen d'union, ne contracteront pas la même altération que les glandes bronchiques, et qu'il ne s'y développera pas des tubercules comme il s'en forme dans le tissu cellulaire qui est interposé entre les membranes des intestins? Il y a plus: je ne conçois pas trop que l'on puisse donner une autre explication, je ne dis pas seulement à la génération des tubercules, mais encore à celle des granulations cartilagineuses, aux épanchemens de la matière ou bouillie tuberculeuse qui se rencontre souvent dans les poumons des phthisiques, enfin aux agrégats ossiformes et calcaires, qu'il n'est pas rare d'y trouver chez les sujets lymphatiques, dont les irritations, vraies subinflammations, se prolongent plusieurs années, et ne s'élèvent jamais au degré de l'inflammation chaude et sanguine.

Pour donner à cette dernière partie de ma conclusion le degré d'évidence dont elle est susceptible, je vais encore entreprendre quelques rapprochemens qui serviront d'ailleurs à éclairer mon sujet, et à nous préparer à l'explication physiologique des dégénérations dont il me reste à m'occuper.

Les tissus blancs dont j'examine l'irritation sont habituellement abreuvés de la partie lymphatique de nos humeurs, c'est-à-dire de l'albumine. Quand ils sont vivement irrités chez un sujet où le sang abonde et dont les capillaires sanguins sont énergiques, le sang s'y précipite et l'inflammation y règne avec toute son intensité; mais s'ils ne sont irrités qu'à un faible degré, le sang n'y paraît plus; la lymphe, au contraire, s'y accumule, et les résultats de cette congestion se présentent tantôt sous la forme de tubercules, tantôt sous celle du cartilage ou du fibro-cartilage. Voilà ce que j'ai dit, voici ce que j'ajoute: la forme dite fibreuse en est encore un résultat; la forme osseuse s'y offre également, on la trouve surtout dans les membranes séreuses, qui doivent rentrer dans l'ordre des tissus dont nous parlons. C'est ainsi que la plèvre et le péricarde deviennent cartilagineux et osseux dans leurs phlegmasies chroniques, et, pour le dire en passant, ils sont aussi quelquefois remplis de tubercules ou de matière tuberculeuse chez le même individu. Chez d'autres sujets, la lymphe attirée dans le tissu malade s'extravase en quantité plus ou moins considérable. Quand elle forme des masses d'épanchemens d'un certain volume, les lois de la chimie vivante ne s'y font plus sentir; ce qu'il y a de plus fluide est résorbé, et les sels calcaires, en se réunissant, d'après les affinités de la chimie des corps inertes, forment ces petits graviers ou ces masses calcaires qu'on est tout étonné d'y rencontrer après la mort, et qui même quelquefois se font jour à l'extérieur pendant la vie, par les inflammations et les abcès qu'ils déterminent.

C'est ainsi que sont produits ces petits noyaux calculeux que l'on rencontre parfois au milieu de la matière tuberculeuse que renferment les ganglions du mésentère, ou ceux du médiastin; c'est de là que proviennent ces calculs que l'on expectore dans certaines nuances de phthisie pulmonaire. Mais les glandes lymphatiques ne sont pas les seuls tissus qui puissent les produire, il s'en forme souvent dans les follicules irrités des membranes muqueuses. J'en ai vu sortir de la trachée et du larynx dans la phthisie laryngée. La glande parotide peut en fournir. Les amygdales en engendrent quelquefois lorsqu'elles conservent un état de gonflement à la suite des angines multipliées. C'est par la même aberration des lois physiologiques que sont produits les calculs dans les articulations déformées par la goutte froide et chronique; en un mot, tous les tissus qui agissent habituellement sur la partie albumineuse de nos humeurs peuvent donner ces productions, lorsqu'ils sont fatigués par une irritation chronique d'une nuance peu prononcée, que je nomme subinflammation, tandis qu'une stimulation plus active produirait une véritable inflammation (1).

En somme, et pour résumer ces faits, car ce sont des faits aussi certains que la circulation et l'absorption, presque toujours l'irritation, quand elle est vive et subite, chez un sujet vigoureux, y développe l'inflammation; mais lorsqu'elle devient chronique, et que le malade s'affaiblit, la partie irritée devient anémique, et son irritation ne produit plus que les dégénérations dont je viens de parler, ou quelques autres plus ou moins analogues, et dont il me reste à traiter.

L'inflammation n'est pas plus impossible dans le fœtus que chez l'adulte, quoiqu'elle y soit beaucoup plus rare. On l'a même observée dans le placenta. On voit naître des enfans avec des pustules varioli-

(1) Toutes ces données sont utilisées dans les Traités modernes d'anatomie pathologique. Mais on ajoute que la fibrine du sang parvient dans les aréoles au moyen de l'inflammation, et fournit la matière plastique adhésive, les élémens du pus et même la matière tuberculeuse. *Voir* plus bas l'analyse de M. Gendrin. Au surplus, quelle que soit leur matière, les tubercules sont le produit d'une sécrétion morbide irritative. Voilà le fait essentiel, et nous l'avons énoncé.

ques, qui sont des phlegmasies cutanées, et même avec des gastro-entérites; il n'est donc pas surprenant que quelques-unes des altérations que l'on rapporte aux tubercules puissent aussi se rencontrer dans leurs organes.

2° *Le squirrhe proprement dit,* « matière d'un blanc un peu bleuâtre ou grisâtre, *légèrement demi-transparente,* dont la consistance, dans l'état de crudité, varie depuis celle de la couenne de lard, avec laquelle elle a beaucoup d'analogie pour l'aspect, jusqu'à une dureté voisine de celle des cartilages; ordinairement divisée en masses, subdivisées elles-mêmes en lobules réunis par un tissu cellulaire très serré et dont la forme très variable offre quelquefois une sorte de régularité, et un aspect qui se rapproche de celui des alvéoles des rayons de miel, etc. Dans l'état de ramollissement, cette matière prend graduellement la consistance et l'aspect d'une gelée ou d'un sirop, dont la transparence est quelquefois troublée par une teinte grisâtre, sale, ou par un peu de sang. » Après cette précision de description, l'auteur y reconnait des différences, des variétés, des nuances, après quoi il déclare avoir encore observé cinq autres variétés de dégénérescences, plus ou moins rapprochées de celle-ci, et qu'il ne craint pas d'appeler des *matières morbifiques.* Du reste, il croit que ces squirrhes sont les *gemmi* ou les *gemmata* des auteurs. Tout cela, selon lui, germe spontanément. Suivant nous, tout cela correspond à l'irritation, et n'est souvent que cette terminaison de l'inflammation que les pathologistes ont appelée *induration.*

3° Les *encéphaloïdes* ou *la matière cérébriforme,* offrent, suivant nos auteurs, dans leur état de *crudité* « une matière un peu moins consistante que la précédente, un peu plus opaque, blanchâtre, divisée ordinairement en lobes inégaux, informes, séparés par un tissu cellulaire très fin, peu ferme, dans lequel se trouvent des vaisseaux assez volumineux, mais à parois très minces et peu consistantes. Les subdivisions de ces lobes sont, comme dans l'espèce précédente, indiquées par des lignes d'un blanc plus mat et plus opaque que le reste de la tumeur : elles n'ont jamais la même régularité, et sont quelquefois très peu marquées. Leur ramollissement présente une consistance et un aspect analogues à ceux de la substance médullaire d'un cerveau un peu mou, et laissent suinter quelques gouttelettes de sang quand on les incise. On y trouve quelquefois des épanchemens de sang, etc. »

Ces encéphaloïdes ne sont autre chose qu'un des résultats de l'irritation peu active et prolongée des tissus aréolaires. Elles ne diffèrent des tubercules et du squirrhe que par des nuances fort légères, parce qu'elles sont, comme eux, de l'albumine et de la gélatine (et de la fibrine si l'on veut), accumulées par l'irritation dans les vacuoles de ces tissus. Les lames qui en séparent les lobules sont aussi celles de ce tissu. On n'y rencontre point de petits vaisseaux, parce que la matière lymphatique les a en quelque sorte étouffés. Quelques-uns des plus gros peuvent seuls avoir résisté à la pression qu'elle exerce; mais lorsque le mouvement d'irritation, *qui règne toujours dans les tissus indurés* (1), et la décomposition qui se développe dans les fluides épanchés soumis aux anomalies d'une nutrition vicieuse, conséquence de cette irritation, ont produit le *ramollissement,* l'inflammation s'allume dans la partie engorgée, et le sang y est appelé de nouveau. C'est alors que commence la destruction partielle de cette partie engorgée, ou la désorganisation cancéreuse, pendant que l'irritation lymphatique, ou la subinflammation qui se propage dans le tissu cellulaire de la circonférence, y prépare un nouvel endurcissement qui doit subir le sort du noyau primitif.

Au surplus, le tissu cellulaire chroniquement irrité ne prend pas toujours cet aspect encéphaloïde, que j'ai comparé, dans l'*Histoire des phlegmasies,* à une masse de suif; il offre quelquefois l'apparence de la couenne de lard, que l'on appelle ici le squirrhe par excellence; dans d'autres cas, il ressemble au gras du lard rance, et l'on y reconnait une graisse dégénérée. D'autres fois, les cellules se remplissent d'une albumine peu différente de l'état ordinaire. C'est ainsi qu'on les trouve, comme je l'ai déjà dit, à la suite de l'irritation rhumatismale et de celle que l'on appelle goutteuse, et dans la plupart des nuances des engorgemens scrofuleux, et dans les péritonites chroniques qui ont déterminé l'engorgement des tissus post-péritonéal, inter-épiploïque, inter-mésentérique (2). Tout cela n'a rien de fixe et est uniquement subordonné au mode d'irritation organique, qu'il est souvent impossible de terminer avant l'autopsie.

Si l'engorgement est formé d'une albumine très humectée, il ne s'y développe pas d'inflammation désorganisatrice; s'il est très sec, comme dans les articles goutteux, il aboutit souvent aux agrégats calcaires ou tophacés, comme nous venons de le voir. La forme lardacée, l'encéphaloïde et la tuberculeuse sont celles où se produit ordinairement l'ulcère rongeur. En vain l'on prétendrait en exclure l'une d'entre elles : je me suis assuré un grand nombre de fois, dans les ulcérations du canal digestif et des épiploons, que les parois sur lesquelles repose le cancer étaient un mélange de ces trois formes, auxquelles il faut encore ajouter la mélanose, dont je vais bientôt parler; et l'ulcération ne paraissait différer sur chacune d'elles que par le degré de l'inflammation. Je dois encore faire observer que, quoique les rhumatismes, la goutte et les scrofules aient coutume de produire des engorgemens albumineux ou tophacés, ils ne laissent pas d'offrir quelquefois certains points où les autres formes prédominent et où la dégénération cancéreuse peut avoir lieu : tant il est difficile de rien établir de fixe dans les résultats de l'irritation organique. Ce qu'il y a de démontré pendant la vie, c'est cette irritation et les modes inflammatoire, hémorrhagique, nerveux ou lymphatique. Quant aux formes précises que doit offrir la partie à la suite de ce dernier, il n'est pas toujours facile de le prévoir; mais ce qui importe au praticien, c'est d'être bien averti qu'elles dépendent de cette irritation, et que par conséquent ce ne sont point des corps étrangers, développés spontanément ou par des causes inconnues et inaccessibles aux secours de l'art. Les prévenir est sa principale affaire, et la doctrine des fatalistes lui en ôterait tous les moyens.

Il est si vrai que l'irritation organique, agissant d'une manière spéciale sur les tissus lymphatiques, est la mère commune de tous ces produits, que, de l'aveu de tous les auteurs, on les voit aussi succéder

(1) Voilà un fait que je soutiens parce que mes sens me l'ont démontré dans les indurations lymphatiques des parties externes. J'y reviendrai en parlant de l'*Histoire anatomique de l'inflammation*, par M. Gendrin.

(2) Ici surtout on rencontre de la fibrine, car le sang est en stagnation dans les aréoles inter-péritonéales. Il y paraît souvent avec l'altération de sa matière colorante : c'est une sorte de *mélanose.*

à des maladies différentes; par exemple, aux affections syphilitiques, aux dartres, aux éléphantiasis, affections qui ont de commun entre elles l'irritation : ce qui prouve que le cancer n'est point une maladie particulière ni primitive, à laquelle certaines victimes soient dévouées par une fatale nécessité (1). Enfin, s'il m'est permis d'en appeler à mon expérience, j'ajouterai que, depuis que j'ai contracté l'habitude d'éteindre complètement l'irritation dès son début, je n'observe plus ces dégénérescences que chez les personnes qui ont négligé les moyens de guérison dans le principe, ou qui se sont procuré des rechutes multipliées.

4° Les *mélanoses* laissent voir, dans l'état de crudité, « une matière noire, opaque, homogène, un peu humide, de consistance analogue à celle des glandes lymphatiques. L'état de ramollissement les convertit en une sorte de bouillie noire et assez épaisse. » L'auteur a exprimé la chose sans s'en douter : les mélanoses du poumon ne sont en effet que des indurations du parenchyme ou des tubercules imprégnés d'une matière colorante noire, qui peut-être est du carbone (2), et cette matière va toujours en croissant dans cet organe, depuis le commencement de la vie jusqu'à la fin. Elle communique sa couleur à la membrane séreuse, d'abord par petites taches, ensuite par grandes plaques, et dans l'extrême vieillesse ces organes paraissent tout noirs. Leur tissu intérieur prend aussi la même teinte; et lorsqu'il s'y développe des tubercules dans l'âge avancé, au lieu de la couleur blanche ou jaune, qu'ils ont ordinairement dans la jeunesse, ils paraissent noirs, et les sections qu'on y pratique semblent être faites dans une masse de charbon luisant. Les glandes bronchiques se teignent insensiblement de la même couleur par les progrès de l'âge. Au surplus, cette couleur commence d'assez bonne heure chez un grand nombre d'individus, et dans les poumons des phthisiques adultes, on trouve bien souvent des tubercules noirs entremêlés avec des blancs, et des glandes lymphatiques semées de points de cette couleur et comme panachés.

Depuis que j'ai fait faire cette observation, M. Laennec a voulu distinguer cette coloration naturelle, effet des progrès de l'âge, et à laquelle il n'avait pas d'abord songé, d'avec ses mélanoses, dans son traité de l'*Auscultation*; mais malgré toutes les subtilités auxquelles il a eu recours, il n'a établi que des différences arbitraires, et je suis persuadé que sa mélanose ne restera pas telle qu'il l'a proposée (3).

En résumé, les tubercules des enfans que l'on appelle scrofuleux, ceux des adultes, qui sont considérés comme les tubercules par excellence, et ceux des hommes âgés, dont on fait des mélanoses, sont essentiellement la même altération organique. La couleur noire se trouve aussi quelquefois dans les vieilles péritonites, dans les foyers des anciens abcès internes dont le pus est résorbé, dans les gangrènes; enfin les membranes muqueuses qui ont long-temps souffert l'irritation, finissent aussi par se couvrir de la même teinte. Il est donc impossible d'admettre la *mélanose* comme une dégénérescence particulière, *sui generis*, spontanée ou produite par une fatale nécessité, pour opérer la désorganisation des tissus vivans (4).

Il se présente encore dans les cadavres des altérations que l'on rapproche des tissus naturels : tels sont les *kystes* ou *sacs* qui sécrètent une matière particulière, comme de la graisse, une humeur semblable à du miel, de la sérosité, et qui ont quelquefois des bulbes armés de poils; telles sont aussi les membranes muqueuses accidentelles, les tissus semblables aux érectiles, etc. Toutes ces lésions organiques sont les résultats d'une aberration de la faculté nutritive, et peuvent être rapportées, en première origine, à l'exaltation des actions vitales; car leur diminution ne produit que l'atrophie, la flétrissure ou l'épanchement séreux, comme le prouvent les membres paralysés. En effet, les corps étrangers, introduits au milieu des tissus vivans, quelle que soit leur origine, les épanchemens sanguins, etc., déterminent souvent autour d'eux la formation d'un kyste. Les escares, produites par l'inflammation, laissent une surface ulcérée, qui se convertit en une membrane ayant l'aspect des muqueuses, mais qui ne saurait en posséder l'organisation. On trouve la même apparence à certains foyers fistuleux; mais en somme tout cela dépend de l'irritation. Les tissus érectiles, dont je donnerai pour exemples les fongus hématodes, sont occasionnés quelquefois par une contusion, et d'autres fois se développent à la suite d'une suppression d'hémorrhagie; en un mot, ils correspondent toujours à une irritation plus ou moins active, plus ou moins mobile, et qui réside dans le système capillaire général.

(1) Proposition dont nos inventeurs vivans se font grande gloire.

(2) Cela est possible dans le poumon; mais, dans toutes les parties, le sang fixé par l'irritation peut produire la couleur noire. C'est ce que l'on peut conclure des travaux de M. Breschet. On y trouve vraiment du nouveau. (*Voyez* la note suivante.)

(3) Le pressentiment s'est vérifié. (*Voyez* la note suivante.)

(4) Les travaux les plus décisifs sur les mélanoses sont dus à M. Breschet. Ils ont prouvé que dans les péritonites chroniques les phlegmasies cellulaires et muqueuses, également chroniques, les couleurs noires, qui se manifestent dans les lieux où l'irritation a long-temps fait affluer le sang, sont dues à la fixation et à l'altération de la matière colorante de ce liquide. Reste à savoir si c'est ainsi que se forme la couleur noire dans les poumons des vieillards. Il serait possible que les globules sanguins concourussent avec le carbone à la couleur noire du parenchyme et des ganglions des poumons, ainsi qu'à celle des lames cellulaires et des matières lymphatiques ou concrètes qui les remplissent, et qui forment les masses tuberculeuses, irrégulières, que l'on observe dans les poumons des phthisiques; car j'ai remarqué que ces dépôts anguleux, irréguliers, ne différaient que par la couleur chez les jeunes gens et chez les vieillards.

CHAPITRE II.

DE L'USAGE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE EN MÉDECINE.

On essaie de classer les maladies d'après les formes des lésions organiques. Cela est-il possible?

Nous avons vu l'anatomie pathologique timide à son berceau, et sans autre prétention que celle de compléter les observations faites sur le vivant, et de justifier les théories dominantes. Elle cherchait les causes des maladies; mais elle les voulait telles que les théories les suggéraient, et se traînait humblement à leur suite. Plus tard, lorsque les hommes qui la cultivaient l'eurent enrichie d'une classification et eurent affecté de lui donner une importance égale à celle de l'anatomie normale, l'anatomie pathologique éleva plus haut ses prétentions. Elle voulut donner des causes à plusieurs maladies, et se mettre, au moins sous bien des rapports, à la place des systèmes dont elle avait été d'abord l'esclave soumise. Maintenant son ambition est encore plus grande; elle ne tend à rien moins qu'à fournir les caractères de toutes les maladies, à imposer à la pathologie une nosologie complète, en un mot à subjuguer entièrement la médecine.

Laennec essaie une classification nosologique (1821).

De tous les médecins qui ont traité la question dont il s'agit, celui qui l'a envisagée de la manière la plus précise, c'est le docteur Laennec, dans son ouvrage de l'*Auscultation médiate*, que l'on peut considérer, malgré la modestie du titre, comme un traité plus ou moins complet des signes des maladies de la poitrine. Il résulte de la contexture de cet ouvrage que l'auteur a voulu prendre les désordres organiques pour base de la classification des maladies dont il s'est occupé. En effet, la plupart des maladies pectorales de M. Laennec sont dénommées d'après une lésion organique, et tous les symptômes sont groupés autour de cette lésion comme en étant les effets et les indices positifs. Examinons comment ce travail est exécuté, et cherchons à déterminer s'il est possible d'établir une classification nosologique fondée sur les différences des lésions cadavériques. Cette question est du plus haut intérêt, parce que la plupart des médecins anatomistes affectent aujourd'hui la même prétention que Laennec. Ayant senti, surtout depuis la publication de l'*Examen* de 1816, l'impossible de créer des nosologies raisonnables avec des groupes de symptômes indépendans des organes, ils s'efforcent à l'envi de les y rattacher; mais le font-ils par la véritable méthode? Est-ce bien autour du mode d'altération que l'on a découvert dans les organes après la mort qu'il faut grouper les symptômes que l'on a observés pendant la vie? Cette méthode conduit-elle à un diagnostic infaillible, à une médecine positive et tellement naturelle qu'elle ne puisse plus désormais éprouver les changemens que l'ancienne médecine a soufferts?

Telle est la question que je me propose de traiter, et sans laquelle je ne croirais pas avoir rempli la tâche que je me suis imposée. Elle est d'autant plus délicate que la plupart des auteurs que je dois citer sont vivans; mais que l'on se souvienne que je n'attaque que les doctrines : si je nomme les auteurs, c'est qu'il faut désigner les ouvrages avec assez de clarté pour qu'on ne puisse s'y méprendre. Quand je tairais leurs noms, ce ménagement ne les ferait pas méconnaître, et ne m'en attirerait pas moins l'inimitié de ceux qui placent leur intérêt personnel avant celui de la vérité.

Vices de cette méthode en général.

M. le docteur Laennec est l'inventeur d'un cylindre creux destiné à perfectionner, par le moyen de l'auscultation de la poitrine, le diagnostic des maladies de cette cavité viscérale (1); mais l'auteur, en l'appliquant à cet usage, essaie de rectifier la théorie de ces affections, et annonce la prétention de faire servir les différences des altérations organiques d'unique base à la classification des maladies; il avoue ne s'être guère occupé, dans son ouvrage, d'autre chose que *des espèces anatomiques des maladies*, attendu qu'elles lui paraissent la seule base des connaissances positives en médecine. Hors cela, tout lui semble chimère. Cette assertion le met évidemment en contradiction avec lui-même, puisqu'il admet des fièvres *essentielles* dont les traces cadavériques sont nulles, et qui, par conséquent, ne peuvent être considérées comme des espèces anatomiques. Si l'on alléguait que ces espèces seraient caractérisées par le défaut de toute lésion locale, je répondrais que, même en admettant cette supposition, dont j'ai démontré la fausseté, son système serait encore vicieux, car il n'aurait point de base positive pour ces fièvres, mais seulement une base *négative*. Il serait en effet composé d'espèces anatomiques et d'espèces non anatomiques. Plusieurs maladies rentreraient dans ces dernières; telles sont les morts convulsives par causes morales, et les asphyxies à la suite desquelles on ne rencontre souvent rien. Or, s'il était vrai qu'on n'en trouvât pas davantage à la suite des fièvres, il serait impossible d'établir des différences, et par conséquent des espèces anatomiques à la suite de ces différens genres de morts, et sa nosologie serait encore en défaut. On ne saurait alléguer que par espèces anatomiques l'auteur entend l'organe ou le système d'organe qui souffre pendant la vie; car toutes les fois qu'il décrit les caractères anatomiques d'une maladie, il les tire de l'examen des organes après la mort. Il ne reste donc aucun sub-

(1) *De l'Auscultation médiate, ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur, fondé principalement sur le nouveau moyen d'exploration*, etc. Paris, 1819; et 2e édition, 1826.

terfuge en sa faveur, et le voilà convaincu de contradiction dans les idées sur lesquelles il veut baser son système de nosologie.

Si l'on voulait nous reprocher que notre doctrine est entachée du même vice, sous prétexte qu'elle repose uniquement sur l'irritation, tandis qu'il y a des maladies où ce phénomène est en défaut, je répondrais que l'on ne m'a pas compris. J'ai soutenu que la plupart des maladies dépendent de l'irritation; mais je n'ai pas prétendu qu'elles en fussent toutes le résultat. L'asphyxie complète est une *abirritation*. Et d'ailleurs notre doctrine n'est point intitulée la doctrine de l'irritation, mais la doctrine physiologique; ainsi elle repose nécessairement *sur toutes les modifications que peut éprouver la vie,* et non pas uniquement sur son exaltation, quoique celle-ci soit incomparablement la plus fréquente (1).

Examinons maintenant les réformes que le docteur Laennec entreprend de faire subir à la Nosologie.

Cet auteur, ayant fait sa principale étude des modes d'altérations cadavériques, s'est proposé pour problème de deviner pendant la vie quelle espèce d'altération on doit trouver après la mort, afin d'ajuster les symptômes aux différentes formes des altérations organiques. Ces formes constituent, selon lui, la maladie; par conséquent il doit admettre autant de maladies qu'il y a de formes possibles dans l'altération des organes. Ce travail n'est appliqué qu'aux viscères contenus dans la cavité thoracique. L'auteur y a rencontré après la mort les différentes formes de la dégénération des tissus que je viens de passer en revue. Il s'exerce donc dans l'ouvrage qui nous occupe à rechercher les signes de la maladie appelée *tubercules du poumon,* de celle qu'il qualifie d'*encéphaloïde,* de celle qu'il a nommée *mélanose,* de la maladie *kyste,* etc. Mais ce n'est pas là tout : les poumons sont quelquefois infiltrés de sérosité; voilà la maladie *œdème du poumon,* qui jusqu'à lui n'avait point été connue; il ne peut donc se dispenser de faire connaître le groupe de symptômes qui lui appartient. Il a trouvé des poumons emphysémateux; il faut donc qu'il établisse les signes de la maladie *emphysème du poumon.* Il y a vu des points gangréneux : cela l'oblige de dessiner le groupe de symptômes qui correspond à la maladie *gangrène du poumon.* A côté de ces *maladies* de son invention, il place celles de l'ancienne médecine : ainsi le catarrhe, la péripneumonie et la pleurésie viennent figurer sur la même ligne que les tubercules, les mélanoses, l'œdème, l'emphysème, la gangrène, etc.

On sera peut-être tenté de croire que je plaisante, et que M. Laennec borne ses prétentions à faire connaître les signes qui peuvent indiquer que les poumons sont tuberculeux, œdémateux, emphysémateux, gangréneux, etc. S'il n'avait eu que cet objet en vue, je n'aurais rien à lui reprocher; mais il érige ces altérations en entités essentielles. Les tubercules, les squirrhes, les encéphaloïdes viennent d'eux-mêmes; ce sont les productions d'abord vivantes au milieu de nos organes, d'une vie qui leur est particulière; tant qu'ils en jouissent ou qu'ils sont à l'état de *crudité,* ils n'incommodent point la partie qui les nourrit; mais du moment qu'ils sont morts, et qu'ils se ramollissent, sorte de putréfaction qui est propre à leur espèce, mais commune à tous les individus qui la composent, ils deviennent des poisons, des *matières morbifiques,* qui produisent toute espèce de désordres, et entraînent enfin la consomption et la mort de l'individu. Ces dégénérations sont donc les maladies, et tout le talent du médecin est de pure curiosité. Il s'agit de découvrir l'existence de ces corps *étrangers,* et d'assigner les différentes époques de leurs métamorphoses. L'œdème et l'emphysème peuvent bien, à la vérité, être le résultat d'une autre maladie; mais ils n'en sont pas moins eux-mêmes des maladies. Ce qui le prouve, ce n'est pas seulement cette qualification qui leur est accordée par notre auteur, c'est encore, et c'est bien plus évidemment, le groupe de symptômes qui leur est assigné en toute propriété. La gangrène du poumon est une véritable maladie essentielle, qui n'a rien de commun avec les gangrènes par excès d'inflammation. La nature l'a manifestement en vue dès le début du mal, et tous les symptômes que l'on peut observer sont l'effet de l'entité nommée gangrène du poumon. Quant à la péripneumonie et à la pleurésie, oh! celles-là sont bien des phlegmasies, pourvu qu'elles se prononcent dans leur plus haut degré d'acuité; sans quoi ce seraient des êtres d'une autre nature. On ne sait pas encore bien parfaitement quelles bornes l'anatomie pathologique doit mettre à la multiplication de ces entités.

Procédons maintenant à la recherche des preuves sur lesquelles notre auteur veut appuyer cette nouvelle ontologie, et joignons-y la réfutation. Je le suivrai rapidement dans la deuxième édition de 1826. D'abord je dois rendre justice à la perspicacité avec laquelle M. Laennec sait découvrir et suivre la désorganisation du poumon par le moyen de son cylindre. Je m'en sers tous les jours avec le plus grand avantage. Sans cet ingénieux instrument, on ne saurait obtenir que des données approximatives sur l'existence des foyers de suppuration et sur les différens degrés de la perméabilité à l'air du parenchyme pneumatique. Avec lui toutes ces questions sont résolues de la manière la plus satisfaisante (2). Cependant, il faut le dire, cette découverte n'a fait faire aucun progrès au traitement de ce qu'on appelle phthisie, puisqu'il est entièrement fondé sur la connaissance des phénomènes de l'irritation, à laquelle il est impossible que le cylindre puisse rien ajouter.

On doit encore à M. L... d'excellentes dissertations sur la nature des crachats, sur celle des cavernes du poumon, qui ne sont pas toujours des ulcérations; en un mot, il excelle dans l'exploration de la poitrine pendant toute la durée des phlegmasies pulmonaires. Je me réjouis sincèrement que ces progrès dans la science du diagnostic des altérations pulmonaires, soient l'ouvrage d'un médecin français. Il doit sans doute lui en revenir beaucoup d'estime de la part de tous nos confrères; c'est pour cette raison que je me crois obligé de relever les erreurs qui pourraient se glisser dans la pratique, sous les auspices d'un nom devenu si recommandable. Voilà l'unique raison pour laquelle j'ai mis tant de soin à réfuter l'innéité, la spontanéité des tuber-

(1) Cet alinéa aurait dû nous épargner toutes les futiles et ridicules objections qu'on nous adresse depuis 1821 sur notre prétendue *exclusivité.* Que MM. les aristarques fassent attention aux mots qui sont soulignés : la phrase est de 1821. Ils auront ainsi la certitude que ce ne sont point leurs critiques qui nous ont fait élargir la base de la médecine physiologique.

(2) Maintenant (1830) le plus grand nombre des médecins préfère l'application immédiate de l'oreille sur la poitrine. Mais il est des maladies où la vapeur du corps et celle du lit peuvent agir d'une manière nuisible sur la poitrine et sur la tête de l'observateur, et d'ailleurs le frottement du corps habillé et même nu nuit à la netteté de l'auscultation.

cules, et à les rapporter à leur véritable cause, je veux dire à l'irritation des poumons (1).

Pour bien se faire une idée de la doctrine de Laennec, il faut d'abord connaître celle de Bayle, qui l'a précédée, au moins pour la publication. En effet, cette doctrine est en partie adoptée, en partie rejetée ou modifiée par Laennec, qui ne peut se dispenser de faire attention à la réfutation que nous en avions faite dans le premier *Examen*, en 1816; il nous est donc absolument nécessaire d'en donner l'analyse.

Lorsque Bayle écrivait, l'ontologie régnait exclusivement en France. Chacun avait le droit de créer des genres et des espèces de maladies (2). Il rassembla donc tous les faits de consomption par maladie du poumon qu'il put trouver, et les ajoutant à ceux de sa pratique, il créa six espèces de phthisie pulmonaire, savoir : la *tuberculeuse*, la *granuleuse*, celle *avec mélanose*, l'*ulcéreuse*, la *calculeuse* et la *cancéreuse*.

Portal et Baumes les avaient toutes réduites, à peu de chose près, à la première, quoique ce dernier en eût trop multiplié les causes. Pinel plaça, comme on l'a vu, la phthisie dans les maladies tuberculeuses, sans rejeter les cinq autres espèces de Bayle, mais aussi sans les rapprocher des maladies qui auraient pu leur ressembler.

Moi, j'attaquai Bayle et Pinel dans le premier *Examen*, et je démontrai plusieurs propositions que je vais résumer :

1° *Relativement à la phthisie tuberculeuse*, je fis voir que les tubercules sont le produit de l'irritation; ce qui vient encore d'être prouvé en examinant les travaux des anatomo-pathologistes du grand *Dictionnaire des Sciences médicales*, pages 126 et suivantes. L'influence du froid, sur laquelle j'insistai beaucoup, et sur laquelle je viens encore d'insister au lieu cité, n'est-elle pas tous les jours confirmée par les guérisons que l'on obtient chez les personnes menacées de ces maladies en les envoyant passer l'hiver en Italie? Il faut être étrangement sophiste pour décliner, comme cela se pratique encore aujourd'hui, l'autorité de ce grand fait. Il ne faut pas l'être moins pour trouver moyen de s'inscrire, avec Laennec, contre la conclusion que j'en ai tirée, que le froid, en forçant le poumon à une action extraordinaire, au moins supernormale, y entretient une irritation qui, quand elle n'occasionne pas le catarrhe, la pleurite ou la pneumonie, détermine dans les tissus lymphatiques et dans les lames cellulaires du poumon, l'altération que l'on appelle tuberculeuse. Cette altération *irritative* a depuis été appelée sécrétion. Je l'avais déjà nommée ainsi (voyez la page 134). Mais certains écrivains, fidèles à la doctrine de Bayle et de Laennec, n'ont pas voulu convenir qu'elle fût toujours un effet de l'irritation. Que ce soit par système ou par ignorance des faits, peu m'importe; j'ai toujours annoncé le fait, et je suis sûr que le temps en amènera la confirmation.

Continuons de résumer la réfutation de Bayle : elle n'est point déplacée ici, puisque Laennec et nos anatomo-pathologistes actuels en ont profité, comme nous le verrons; et, puisque cette édition doit donner la substance des deux autres, je m'élevais contre l'assertion de Bayle, qui avance, en thèse générale, que la phthisie est une des maladies les plus fréquentes, et une de celle qui fait succomber le plus d'individus. En effet, la comparaison des climats n'entre pour rien dans cette assertion, qui n'est basée que sur des faits observés à Paris, et qui ne peut être vraie en cette ville que pour des médecins qui ne détruisent pas en temps opportun les irritations pulmonaires. J'en tirerai encore l'induction que Bayle n'avait rien compris à l'influence du froid et du chaud atmosphériques sur les fonctions du poumon, et qu'il n'était nullement physiologiste.

Je fis surtout ressortir l'habitude vicieuse qui porte cet auteur à se taire sur toutes les influences irritatives qui ont pu porter leur action sur l'appareil respiratoire dans le début des maladies qui aboutissent à la phthisie pulmonaire; habitude qui a pour fondement la persuasion où il est que les tubercules sont innés, et pour aliment le désir de le persuader à ses lecteurs. Voilà ce qui le porte sans cesse à fermer les yeux sur les premiers modificateurs qui ont fait dévier le malade de l'état de santé, et à se bien garder de tout rapprochement capable d'éclairer l'étiologie. C'est dans ce but que Bayle vous présente toujours son malade en vous disant, pour tout renseignement sur le passé, qu'il tousse depuis un temps plus ou moins long (3).

Pour appuyer l'idée aussi basse et rétrécie qu'elle est fausse et ridicule, d'une sorte de fatalité de la phthisie, indépendamment des influences des climats et des phlegmasies pulmonaires, Bayle cite un bon nombre de sujets enlevés par des maladies aiguës, qui avaient des tubercules dans les poumons, et d'autres devenus victimes du catarrhe, de la pleurite et de la pneumonie, qui n'en avaient pas. Je fis remarquer, pour cette dernière assertion, que la non-production des tubercules par les phlegmasies pulmonaires, dans les cas cités, ne détruit pas la possibilité de leur production dans bien d'autres cas; quant à l'autre assertion, il ne me fut pas difficile de la réfuter en faisant observer que le négatif ne détruit pas le positif, et qu'une maladie aiguë fébrile peut attaquer une personne chez qui l'irritation pulmonaire aurait déjà fait naître des tubercules. La nécessité de pareilles réponses prouve assez la faiblesse du logicien que j'attaquais, et je suis encore à comprendre comment cet ouvrage a pu lui établir *une réputation*.

Bayle avait embrassé l'opinion de quelques auteurs qui rapportent les tubercules à une diathèse scrofuleuse; il établit donc que, lorsque l'inflammation semble les produire, elle ne fait que les compliquer et hâter leur développement. Je répondis que, comme on ne saurait prouver la présence des tubercules, même dans les poumons des individus réputés scrofuleux, avant l'ouverture des cadavres, il n'y a que des probabilités sur leur existence, tirées de la prolongation des irritations pulmonaires qui se réduisent ou aux trois formes connues de l'inflammation des poumons, ou bien à une irritation de ces organes d'un degré, à la vérité, inférieur à l'inflammation, mais qui toujours se développe sous l'influence des excitans des poumons. En tête de ces excitans, je *plaçai le froid*, qui, di-

(1) Tel est le jugement que je portais, en 1821, sur le mérite de Laennec. Ceux qui ont lu la seconde édition du Traité de l'*Auscultation*, savent comment il a répondu à ces avances; ceux qui l'ont entendu au Collége de France, et qui me conseillaient de l'attaquer devant les tribunaux comme diffamateur, le savent encore beaucoup mieux. Je ne veux point troubler les mânes d'un homme qui a rendu des services à une science que je chéris; mais je pense qu'il est utile au bien de cette science que l'on se fasse une idée exacte de l'esprit de justice et des qualités de cœur des ennemis de la méthode physiologique.

(2) On en crée aujourd'hui, mais c'est d'après d'autres idées, comme on le verra.

(3) Cette aversion pour les rapprochemens physiologiques domine encore dans l'école anatomo-pathologique actuelle.

minuant l'action vasculaire, circulatoire et excrétoire à l'extérieur, l'augmente à l'intérieur et surtout dans les poumons; mais je ne parlai point de l'irritation chronique des parois de l'appareil circulatoire que j'ai signalée depuis, parce que je ne faisais que la soupçonner, n'ayant pas assez de faits pour en obtenir la certitude. Après quelques développemens, ma conclusion fut la suivante : puisque l'on ne peut admettre la diathèse scrofuleuse que lorsqu'il y a des scrofules, et puisque les scrofules n'existent pas chez la grande majorité des phthisiques à tubercules, on ne saurait accepter cette diathèse pour cause unique de toutes les phthisies pulmonaires. En conséquence, il ne reste, pour expliquer la production des phthisies chez certains sujets plutôt que chez d'autres, soumis à l'influence des mêmes agens d'irritation pulmonaire, il ne reste, répétons-le, que la prédisposition. Mais la prédisposition à une maladie n'est pas cette maladie, car chacun a la sienne, et tout le monde n'est pas malade; tous les sanguins n'ont pas des congestions de sang ou des phlegmasies; tous les gens à irritabilité prédominante au tube digestif n'ont pas des gastrites ou des entérites; tous les nerveux n'ont pas des névroses, etc. C'est donc commettre une faute de logique que de substituer furtivement la maladie à la prédisposition, pour pouvoir récuser toutes les causes provenant de l'extérieur; c'est une faute d'autant plus grave qu'on peut en faire l'application à toutes les maladies et renverser ainsi les étiologies les mieux constatées. C'est en fournissant ainsi de fausses bases au raisonnement que l'on argumente en sophiste pendant toute sa vie, et Bayle me paraît exactement dans cette position.

Pour faire sentir l'inconvénient du mot *scrofules*, je fis noter qu'il conduit à l'emploi des excitans à titre de *fondans*, *antiscorbutiques*, *apéritifs*, etc., dans le commencement des irritations pulmonaires; ce qui ne peut qu'empêcher la guérison de ces affections et rendre la phthisie pulmonaire plus commune.

Vint ensuite le fameux argument du chêne et du gland, décisif aux yeux de son auteur, et qu'il ne me fut pas difficile de réfuter. En effet, dire que, puisqu'un gland ou le germe d'un gland est la même chose qu'un chêne de cinquante ans, le tubercule commençant est la même chose que la phthisie la plus complète avec ulcérations, désorganisations variées dans le poumon et dans les autres viscères, marasme, fièvre hectique dévorante, évacuations colliquatives par divers émonctoires, c'est dire une absurdité. Il est bien vrai que les tubercules se résolvant en putrilage sont la même chose que les tubercules naissans et encore durs; mais il ne l'est pas que la maladie de celui qui les porte soit la même quand ils se forment, et quand leur détritus s'exécute avec tous les désordres polysplanchniques, et tous les symptômes que je viens d'indiquer. On ne doit donc pas donner le nom de phthisique à celui qui n'a que des tubercules à leur début. Mais disons mieux : on n'a pas le droit de lui donner cette qualification; car ni l'oreille ni la percussion, ni le stéthoscope ni les symptômes, ne peuvent démontrer l'existence des tubercules naissans, comme le démontre trop clairement Laennec. D'ailleurs chaque jour on voit guérir sans suppuration pulmonaire des malades que cet auteur et ses adhérens avaient déclarés phthisiques, et en revanche on a vu des sujets morts de consomption pulmonaire où la désorganisation tuberculeuse n'existe pas (1).

Au surplus, cette argumentation sophistique du logicien Bayle n'a pas fait fortune.

2° *Relativement à la phthisie calculeuse*, je répondis qu'on ne pouvait y voir une maladie particulière, puisque les calculs se forment dans les productions tuberculeuses, et que, par conséquent, cette forme se ralliait encore à l'irritation.

3° *Relativement à la phthisie cancéreuse*, la réponse fut la même : on en trouve la substance dans ce qui est dit plus haut du cancer des anatomo-pathologistes du *Dictionnaire des Sciences médicales*. Cette phthisie dépend toujours de l'irritation. J'insistai particulièrement sur ce point, que l'ulcération incoërcible se développe dans les tissus enflammés, comme dans les subinflammés, et sur ce qu'il est impossible de déterminer au juste avant la mort quels sont les divers modes d'altération du tissu pulmonaire.

4° *Relativement à la phthisie granuleuse*, que l'on dit consister dans de petits corps blancs élastiques, opaques ou transparens, souvent cartilagineux, même observation fut faite. Les granulations dont il s'agit sont, comme on voit, très diversifiées : elles se trouvent ou seules ou confondues avec d'autres formes d'altération organique, sans qu'aucun signe, tiré des symptômes ou de la marche, puissent en donner la certitude; elles dépendent des mêmes causes que les autres formes, et sont par conséquent aussi des produits de l'irritation; elles ne changent rien aux indications (2). Rien donc ne peut justifier leur isolement d'avec les autres phthisies.

5° *Relativement à la phthisie avec mélanose*, je m'exprimai dans les termes suivans que je vais rapporter, afin qu'on voie sous quels rapports étendus j'avais envisagé les mélanoses, en 1816, avant tous les travaux qui ont fixé la théorie de ces modes de lésion organique.

« La phthisie avec mélanose est caractérisée, selon notre auteur, par la couleur noire des parties dégénérées; cette couleur se montre partout dans les membranes séreuses de la poitrine et de l'abdomen, tantôt par petits points isolés, d'autres fois en taches plus étendues. Le péritoine ne l'offre guère que quand il est attaqué d'une phlegmasie chronique : la plèvre pulmonaire la présente en plaques d'autant plus larges que l'âge est plus avancé, et dans la santé comme dans la maladie : les ganglions lymphatiques de la poitrine et du mésentère, les premiers plutôt que les seconds, la font voir également dans la santé et dans la maladie à l'extérieur comme à l'intérieur; ce qui leur donne souvent un aspect panaché par le contraste que ces taches forment avec le gonflement tuberculeux blanc ou jaunâtre : je l'ai vue dans les phlegmons et les ulcérations chroniques du tissu cellulaire de l'épiploon et du mésentère. Puisqu'elle peut se développer dans tous les tissus séreux, cellulaires, lymphatiques, en santé comme en maladie; puisqu'elle devient prédominante avec les progrès de l'âge, il n'est point étonnant qu'on la trouve en majorité dans les indurations chroniques des poumons des vieillards (indurations qui sont le résultat du développement morbide des tissus *séreux*, *lymphatique* et *cellulaire* (3), avec plus ou moins d'engorgement des capillaires sanguins), et que la masse dégénérée ne prenne un aspect noir, brillant, et comme métallique. » Je leur assignais ensuite

(1) J'en ai rencontré dans l'hiver de 1832 et 1833, avec de nombreuses excavations.

(2) M. Gendrin les attribue à l'inflammation.

(3) MM. les anatomo-pathologistes du jour verront, par ce passage, qu'on avait pensé aux maladies chroniques indurativcs de ces tissus.

les mêmes causes qu'aux autres modes d'altération, et les mêmes sources d'indications curatives.

Nous verrons que Laennec a profité de ces objections sur les mélanoses, et nous tiendrons compte des importans travaux de M. *Breschet* sur ce mode d'altération organique.

6° *Relativement à la phthisie ulcéreuse* qui, selon Bayle, se caractérise à la nécroscopie par des ulcérations creusées dans le parenchyme pulmonaire, qui est rouge, endurci, sans aucune des dégénérations précédentes, et qui se présume sur le vivant par la violence de la fièvre, la douleur profonde de la poitrine, la rougeur de la face, la fétidité des crachats, la réfutation ne put offrir de difficulté. En effet, tous ces symptômes sont communs aux autres formes de la désorganisation pulmonaire chronique, pourvu qu'il y ait assez d'inflammation pour les produire. On peut présumer des ulcérations, mais jamais affirmer si le parenchyme où elles sont creusées contient de gros ou de petits tubercules, de la matière dite *tuberculeuse*, ou si seulement il est induré par l'injection et l'extravasation purement sanguines. Point de causes spéciales pour ce mode d'altération; la seule prédisposition du système capillaire peut en rendre raison. Enfin, je terminais en faisant remarquer que si Bayle refusait de rattacher ces phthisies à l'inflammation, il ne pouvait plus rien en faire, à moins de créer un germe ou un vice ulcéreux, ou bien une diathèse ulcéreuse, entités que personne ne peut comprendre.

Après avoir fait remarquer combien sont variés les tissus qui composent les poumons, et avoir établi que l'irritation morbide peut régner à différens degrés dans chacun d'eux, j'ajoutais que nous ne pouvons avoir que des données approximatives sur le mode de désorganisation qui doit prédominer chez ceux dont des poumons ont souffert une longue irritation. Ainsi, une bonne constitution, des causes accidentelles et une marche rapide, répondent d'un grand développement de l'appareil sanguin du poumon, mais ne certifient pas que les capillaires lymphatiques, les séreux, les lames cellulaires n'offriront pas des productions particulières entremêlées avec l'induration rouge ou la suppuration phlegmoneuse; comme aussi, l'irritabilité du système lymphatique constatée par des maladies extérieures d'une autre époque, et la suppression de quelques excrétions habituelles, en rendant plus probables une profonde altération des capillaires non sanguins du poumon, et l'accumulation des produits de leur irritation (ce qu'aujourd'hui l'on appelle des sécrétions morbides) n'excluent pas les espèces d'altérations qui correspondent à la véritable inflammation sanguine. Il importait surtout d'insister sur ce point, que rien, dans les symptômes, ne correspond aux modes divers, puisqu'il n'y a que du plus ou du moins dans la fièvre, et les phénomènes sympathiques qui se rapportent au sentiment et au mouvement. C'est aussi ce que j'eus soin de faire, en observant que les variétés des excrétions extérieures n'ont rien qui correspond à tel ou tel mode de lésion.

De tout cela, il résulte que les distinctions que Bayle voulait établir entre les phthisies ne reposent ni sur des différences de nature, ni sur des différences d'indications curatives; que celles de ce dernier genre, qu'on voudrait établir sur ces distinctions, seraient nuisibles en détournant les yeux du praticien du principal phénomène, c'est-à-dire, de l'irritation; que, par toutes ces raisons, les distinctions de Bayle sont chimériques et superflues.

Pour achever de donner une idée de Bayle, ce patriarche des anatomo-pathologistes modernes, je terminerai en rapportant la conclusion que je portai sur son compte en 1816.

« Je me suis fort étendu sur ces considérations physiologico-pathologiques, afin de faire sentir combien a été grande l'erreur de M. Bayle, lorsque, sans avoir égard aux nombreux modificateurs qui influent sur la vitalité de tout l'organisme, il a créé six êtres particuliers qui, comme autant de puissances malfaisantes, s'insinuent furtivement, et sans qu'on sache pourquoi, dans les poumons, afin d'en opérer la désorganisation. Il me sera toujours impossible de comprendre comment il a pu concevoir un être scrofule qui plane sur toute une famille, et qui est nécessairement antérieur à tous les signes qui peuvent indiquer son existence; comment il a pu se dispenser de rallier les irritations des systèmes sanguin et nerveux à celle des vaisseaux non sanguins de différens ordres; comment il n'a point vu qu'en admettant des vices particuliers pour la production des tubercules, des cancers, de la mélanose, des calculs, des ulcères du poumon, il se trouve en contradiction avec lui-même en refusant d'en admettre pour les inflammations, pour les suppurations (qui ne sont pas nécessairement précédées de ce symptôme (1), pour les ulcères de toutes les autres parties du corps (2), pour les fongosités et pour toutes les formes connues et non connues que peuvent présenter les dégénérations des organes; comment, surtout, il a oublié l'influence du froid et du chaud sur les fonctions du poumon; comment enfin il s'est opiniâtré à repousser l'application de la physiologie à la médecine, dont j'avais donné l'exemple pour y porter un ennuyeux empirisme et le fatalisme le plus désespérant. »

En effet, Bayle ne parle jamais de guérir; il se hâte de faire arriver ses malades à la mort, afin de s'extasier sur les altérations cadavériques, et son livre est écrit dans le style du monde le plus sec; mais c'est assez parler de lui. Nous allons voir ce que Laennec a fait de sa théorie, ou, si l'on veut, de son empirisme classificateur.

La préface de sa seconde édition du *Traité de l'Auscultation* contient un certain nombre d'assertions qu'il est bon de faire remarquer, parce qu'elles témoignent de l'influence exercée par la doctrine physiologique sur ses plus grands ennemis. Laennec déclare qu'il a retranché beaucoup d'observations pour éviter l'excès du volume. Il a donc mis à profit l'avis que je lui avais donné; mais comme son amour-propre ne lui permettait pas d'en convenir, il ajoute que c'est parce qu'il ne les croit utiles qu'avec beaucoup de détails, et, de cette manière, il prononce qu'il n'est qu'un homme de minuties, incapable de résumer les faits et d'en extraire la substance. Il trouve aussi, dans cette profession de foi, l'avantage, pour lui très précieux, d'insinuer qu'il ne s'est point laissé convaincre par les réflexions que j'avais faites sur l'inconvénient de ces longs dé-

(1) Cette idée a été reprodite par un anatomo-pathologiste vivant, qui, je crois, en a voulu faire un argument contre notre doctrine : argument vain, car s'il n'y a pas toujours inflammation dans la suppuration, il y a au moins irritation.

(2) Les anatomo-pathologistes du jour ont voulu se préserver de cette contradiction; ils ont admis une diathèse ulcéreuse indépendante, comme de raison, de l'irritation, et qui ne tient qu'à une lésion de la nutrition. Nous verrons plus loin qu'il ne leur reste plus qu'à la prouver.

tails, qui dégoûtent nécessairement la majorité des lecteurs, et il profite de ma critique, à son avis, sans que personne s'en aperçoive. Voilà les ressources de la ruse pour dissimuler les blessures faites à l'amour-propre; mais nous ne sommes pas au bout.

Laennec trouve dans les inflammations pulmonaires la cause la plus fréquente des maladies graves et de la mort. Cette sentence est irréfléchie; elle montre un médecin qui n'a pensé qu'aux régions froides et humides où il a passé sa vie, et c'est un pareil homme qui nous accuse d'*exclusisme;* mais elle est précieuse pour nous, puisqu'elle prouve qu'il ajoute plus d'importance à l'inflammation qu'il ne le faisait jadis.

Il déprécie trop le palper et l'inspection du thorax comme moyen d'exploration; mais c'est un défaut peu grave : ce qui l'est davantage, c'est de méconnaître, dans ses généralités sur les maladies du poumon, l'influence du cœur et de l'accélération du cours du sang, sur ce qu'il nomme *respiration puérile*. Il y fait présider je ne sais quelle influence nerveuse mal définie, tout en convenant que les adultes à respiration puérile s'essoufflent très facilement par l'exercice; mais *respiration puérile* était une invention, et Laennec tenait beaucoup à passer pour inventeur.

Cet auteur fait encore la déclaration formelle qu'il ne cherchera pas à diviser les maladies du poumon en genres et en espèces, attendu que les maladies ne sont pas des corps, mais des modifications des corps; mais il se garde bien de dire où il a pris cette idée, qui est vraiment la substance de la doctrine physiologique, et dont pour tout au monde il n'aurait pas voulu paraître nous avoir l'obligation. Il ne cherchera pas, assure-t-il, les causes prochaines; il se contentera de décrire. Il est de fait qu'il parlera de ces causes toutes les fois qu'il croira les connaître, et qu'il ne les passera sous silence que lorsqu'il n'admettra pas les explications que d'autres en ont données.

Ce peu de mots suffit pour donner une idée de l'esprit qui dirige Laennec : avant tout il veut passer pour inventeur; ensuite il fait tous ses efforts pour dissimuler le profit qu'il a tiré des critiques que l'on a faites de son ouvrage; mais il n'est pas d'une égale mauvaise foi avec tous. Enfin, ses plus constans efforts ont pour but de dépréeier en tout point la doctrine physiologique, et de ne pas même faire à ses auteurs la concession du plus léger sens commun. Je passe sur les apostrophes, plus ou moins directes, pour examiner le plus brièvement qu'il me sera possible de quelle manière cet écrivain envisage les principales maladies des poumons.

Maladie des bronches.

C'est par la description du *catarrhe* que Laennec commence sa revue des maladies du poumon. Point de définition, quoiqu'ailleurs il affecte de tenir beaucoup à la détermination du sens des mots; point de discussion sur la nature, sur la physiologie du catarrhe que Pinel avait fait une phlegmasie de membrane muqueuse. L'entité catarrhe suffit à Laennec : il l'étudie d'abord dans l'état aigu, et lui donne pour caractère le *râle sonore*, et de temps en temps, lorsque la mucosité obstrue les bronches, la suspension, ou du moins la diminution de la respiration dans le lieu affecté. Rien sur les relations sympathiques; tout est pour l'instrument d'acoustique. Quant au traitement, il saigne rarement des grosses veines, et préfère les ventouses aux sangsues pour les saignées locales, malgré tous les avantages si bien appréciés de nos jours de l'écoulement prolongé pour la résolution des phlegmasies circonscrites; mais la haine de l'auteur pour les médecins physiologistes s'étend jusqu'à leur moyen favori. C'est dans l'ordre de la nature, ou plutôt dans les faiblesses de l'esprit humain. L'émétique est le souverain remède du catarrhe; on peut émétiser les enfans huit jours de suite sans danger à la suite de la coqueluche, ou lorsqu'un catarrhe la fait redouter. Les muqueux sont insignifians dans les catarrhes. Vivent les spiritueux pour les faire avorter dans le principe!... Nos soldats sont souvent de cet avis, et nous en voyons les conséquences dans nos salles. Je ne sais si Laennec, qui a succombé à la phthisie pulmonaire, comme on le sait, a traité ses premiers catarrhes d'après cette méthode.

Le *catarrhe muqueux* chronique a pour caractères anatomiques une muqueuse bronchique plus noire que celle du précédent, ou bien pâle et jaunâtre si les sujets sont très vieux. Des nuances de couleur visible après la mort seulement, pour caractériser une maladie sur le vivant!... L'auteur se contente de cela et d'une mucosité opaque; car si elle était claire, ce serait une autre entité. Que lui importe l'état des autres organes, et les signes de leurs irritations pendant la vie ou après la mort, comparées à ceux de l'affection de la poitrine? Des crachats d'une certaine apparence, une muqueuse bronchique d'une certaine couleur, voilà l'entité fabriquée; les bronches se dilatent par la toux : c'est un accident. Mais si la force manque pour expectorer les crachats, il érige aussitôt cette circonstance en une variété du catarrhe suffocant... Mais est-ce bien cela? est-ce bien le défaut de force qui constitue l'essence du cas? Que de questions à discuter à propos d'une telle assertion! Rien ne nous garantit que les cas sur lesquels l'auteur se fonde ne soient pas compliqués d'une affection du cerveau, de l'estomac ou du cœur, car Laennec fait servir les mêmes sujets à la confection d'entités différentes. J'ai vu des morts avec défaut d'expectoration; mais ce défaut n'était pas la cause de la mort; c'est l'excès de la dyspnée, le plus souvent, qui ne laisse pas le temps d'expectorer, et cet excès n'a pas toujours pour cause la faiblesse. Laennec parle d'après des observations mal faites.

Ce catarrhe, nous dit-il en traçant sa marche, conduit à la mort, avec une fièvre hectique et une expectoration puriforme qui mènent au marasme; le tout offrant une telle ressemblance avec la phthisie pulmonaire, que les plus habiles y sont trompés s'ils ne sont aussi forts en stéthoscopie que l'auteur lui-même. Cependant, ailleurs, ce même auteur nous prouvera qu'il n'a, pour reconnaître les tubercules pendant la vie, d'autres données que le son mat et la longueur de la maladie; car, d'après lui encore, c'est un catarrhe qui fournit en majorité les crachats des phthisiques; et toutes les indurations, et tous les corps étrangers peuvent diminuer la clarté du son. Toutefois, il y a l'habitude, le tempérament, un *certain tact*... Tout cela fournit des *à peu près*, et voilà comme beaucoup de médecins font encore aujourd'hui des *entités morbides*, que d'autres s'empressent d'admettre... après que l'ouverture les a constatées, afin de bien prouver que tout n'est pas dans l'irritation.

Quant au traitement du catarrhe muqueux, rejetez les aromatiques que Cabanis célébrait tant; ce n'est pas qu'il y ait du danger à les déposer dans un estomac qui pourrait être irritable; ils sont inertes pour notre auteur; il veut des vomitifs. Que crain-

driez-vous pour la muqueuse gastrique? il en a donné quinze en un mois à une dame de quatre-vingt-cinq ans, sans avoir sans doute provoqué chez elle ni gastrite, ni congestion cérébrale, ni lésion du cœur ou des gros vaisseaux (choses pourtant si communes chez les vieillards), puisqu'elle a encore vécu huit ans. Du reste, après avoir amplement émétisé, il veut que l'on *confirme* la cure par les toniques, le kina, les martiaux, qu'on persiste dans l'emploi du punch, des baume de la Mecque, de tolu, de copahu, de l'eau de goudron... Mais la plupart des malades succomberont, diront les médecins qui aiment à guérir. Eh! qu'importe? on ouvrira, on décrira minutieusement les bronches pour bien façonner l'entité; on attribuera la mort au défaut de force pour l'expectoration, et l'on se gardera bien d'accorder la moindre importance à la gastro-entérite, ou à la maladie du cœur, qui ont été provoquées ou exaspérées par l'audacieuse médication. Lorsque plus tard les explorations de l'auteur auront les maladies du cœur pour objet, il aura soin, d'après le même principe, de rapporter tous les symptômes à ces lésions. Mais tenir compte de l'influence d'une telle cause, quand il s'agit d'utiliser une belle autopsie de catarrhe, ce serait une maladresse dont il ne se rendra jamais coupable. De quoi formerait-il l'entité dite catarrhe muqueux? Ne faut-il pas que tout s'y rapporte? Quant aux gastrites, elles sont l'ouvrage des médecins physiologistes : on les méprise, on les déteste trop, ces gastrites, pour en tenir compte.

Le *catarrhe pituiteux* ou *phlegmorrhagie pulmonaire* vient ensuite, et se caractérise durant la vie par une expectoration transparente, visqueuse, telle qu'on l'observe dans le début des rhumes. Avec cet élément, une poitrine sonore à la percussion, et un râle sibilant, imitant le chant des oiseaux, vous aurez la présomption de l'entité; quant à la certitude, elle vous viendra après la mort du malade, par un gonflement médiocre de la membrane muqueuse pulmonaire, un peu ramollie, avec peu de rougeur çà et là dans son étendue. Que faut-il de plus aux praticiens? si le malade n'est pas encore mort, il agira avec la même certitude que s'il avait eu l'inspection des canaux bronchiques, à peu près comme dans le catarrhe muqueux, car le mucus se rapproche beaucoup de la pituite; il est vrai que le catarrhe pituiteux peut être consécutif aux tubercules miliaires du poumon, et que ces tubercules peuvent exiger un traitement contraire. Mais qu'importe? ils ne sont jamais démontrés sur le vivant, et il y a plus de probabilité pour un catarrhe pituiteux que l'expectoration démontre; car qui peut nier qu'il n'y ait flux de pituite quand on l'expectore à pleine bouche! Dans la médecine des probabilités, comme l'est celle des anatomo-pathologistes, on peut donc en sûreté de conscience irriter ou calmer, incendier ou rafraîchir un homme qui crache de la pituite opiniâtrément transparente.

Laennec reconnaît deux catarrhes pituiteux idiopathiques; l'un aigu, et l'autre chronique. Mais voici le curieux, c'est que l'aigu n'est autre chose qu'une des variétés les plus graves du catarrhe suffocant; or, à moins que ce ne soit un catarrhe devenu suffocant par l'excès de pituite, ce catarrhe ne peut être idiopathique. Voilà encore une entité que je ne connais pas. Mais voici ce que je sais par expérience : quand la mucosité qu'on expectore dans la dyspnée ne devient pas opaque, c'est qu'il n'y a pas de mouvement ou de travail inflammatoire dans les bronches; il n'y a que congestion pulmonaire avec excès de sécrétion muqueuse, car la sécrétion est toujours en raison de la congestion. Reste à déterminer la cause de cette congestion : les plus fréquentes sont un vice du cœur formant obstacle au cours du sang, ou un épanchement, ou des corps étrangers, ou un obstacle à l'abaissement du diaphragme, ou un spasme, ou l'influence d'un viscère malade, ou toute autre cause nerveuse; on voit toujours qu'en aucun de ces cas le prétendu catarrhe muqueux n'est idiopathique, et qu'il n'est autre chose qu'une congestion de sang dans le poumon qui se résout en peu de temps par un suintement muqueux des bronches sans phlegmasie, ou qui persiste et devient mortelle. Le prétendu catarrhe pituiteux aigu est donc une entité chimérique, inventée peut-être par l'érudit Laennec pour remplacer la pituite vitrée des anciens, dont les modernes avaient déploré la perte.

Le *catarrhe pituiteux chronique* (idiopathique) qui attaque les vieux tous seuls, les gens à goutte, les asthmatiques; qui s'établit peu à peu à la suite de plusieurs attaques de catarrhe aigu, *sec* ou *muqueux*, qui devient *ordinairement* intermittent, régulier ou irrégulier, n'est, aux yeux d'un observateur sans prévention, sans tendance aux entités mystérieuses, sans crédulité niaise et puérile, n'est autre chose, disons-le, que l'affection précédente; c'est-à-dire une habitude de congestions pulmonaires par causes diverses, qui se résolvent par une excrétion muqueuse sans inflammation; je dirai, si l'on veut, par une irritation sécrétoire de la membrane muqueuse qui ne s'élève plus au degré de l'inflammation... On ne saurait lire Laennec sans commentaire.

Mais voici venir le fameux *catarrhe sec*, l'une des plus bizarres inventions de Laennec. Il m'est parfois revenu de ces malades qu'il disait affectés de catarrhe sec : c'était ou des personnes à hypertrophie cardiaque, ou des infortunés affectés de gastrites qu'on leur entretenait depuis long-temps avec diverses espèces de drogues. Mais ce catarrhe, *qui n'en est pas un*, se rattache encore à d'autres lésions. L'auteur en connaît d'aigus et de chroniques. Il trouve les aigus rares, si ce n'est au commencement et la fin des rhumes, et rien n'est singulier comme de voir la maladie *rhume* insérée entre deux maladies *catarrhes secs* : qui ne voit que le premier et le dernier degré d'une irritation des bronches sont érigés en maladies indépendantes du degré intermédiaire, sur le simple fondement d'une différence de sécrétions? Y a-t-il un terme possible à la multiplication des maladies, si l'on y procède d'après ce plan?

Le catarrhe sec est, en substance, dans tous les autres cas, un état d'irritation habituelle de la membrane muqueuse des bronches, manifestée par une toux, la plupart du temps sèche, et amenant quelquefois des crachats d'un gris perlé. Mais comme le mot irritation était en horreur à cet auteur, depuis que nous en faisons usage, et comme il ne veut reconnaître l'inflammation que dans le degré où elle produit la suppuration, il a pris le parti de donner à cet excès d'irritabilité des bronches le nom de catarrhe sec, ce qui veut dire *flux sec*, au risque d'encourir le reproche de contradiction dans les termes. Il rallie à ce catarrhe toutes les toux sèches; telles que celles appelées nerveuses, hypocondriaques, hystériques, gastriques, etc., pourvu toutefois qu'il ne s'y ajoute pas de tubercules; car il ne fait produire à son catarrhe que des asthmes qui ne sont point définis, et des œdèmes du pou-

mon. Il est vrai qu'alors le catarrhe, de sec, devient humide, et fournit de la pituite vitrée; mais, dans tous les cas, il y a transformation d'entité. Il en serait de même, penserez-vous, lecteurs, si l'on découvrait un jour des tubercules. Mais arrêtez; songez que le catarrhe sec n'a pas le droit de les produire. Ainsi, si vous en découvrez plus tard, sans les avoir soupçonnés, vous déclarerez que le catarrhe sec, que vous aviez cru idiopathique, n'était, dans la réalité, que symptomatique. Mais quelle simplicité de ma part! on ne fait pas un livre avant la fin d'une maladie : attendez donc qu'elle soit terminée : si le malade guérit, vous appellerez sans crainte son catarrhe *idiopathique;* et s'il meurt, il vous sera loisible de le donner pour cause ou pour effet de la lésion que vous rencontrez dans les poumons.

Au fait, les irritations de l'appareil bronchique ont une foule de nuances qui souvent se succèdent ou se confondent : elles ont des causes diverses; elles sont produites par les irritations des autres tissus, ou bien elles les produisent : elles peuvent être d'abord secondaires et devenir le phénomène morbide prédominant, ou en déterminer d'autres, et peut-être rappeler l'affection dont elles dépendaient, et qu'elles avaient remplacée pendant un certain temps. Il y a dans ce léger aperçu beaucoup plus de faits indiqués que Laennec n'en a pu comprendre dans ses catarrhes humides et secs; mais ce n'est pas une raison pour qu'on aille faire une entité, une maladie spéciale de chacune de ces nuances. Les créateurs d'entités, d'après l'anatomie pathologique, se trouveront toujours dans l'embarras pour expliquer les transformations des groupes de symptômes qu'ils auront donnés pour type de chaque maladie; jusqu'au moment de la nécroscopie, leurs auditeurs ne sauront à quelle maladie ils ont affaire.

C'est à cette *maladie,* si malheureusement spécialisée, que Laennec, fouillant dans les classiques des deux ou trois derniers siècles, assigne pour spécifiques des vomitifs et des purgatifs pour *dériver* les congestions sanguines; ensuite, afin de faciliter l'expectoration (car il aime mieux rendre le catarrhe humide que d'apaiser l'irritation qui fait tousser), le savon amygdalin, la gomme ammoniaque, les carbonates de soude et de potasse, ou les sulfures et les eaux minérales, salines et sulfureuses.

Sur le catarrhe convulsif ou coqueluche, qui d'ailleurs est bien décrit, je ne trouve que peu de remarques à faire, mais toutes d'ailleurs caractéristiques de la manière de Laennec! L'auscultation donne les résultats du catarrhe ordinaire; le bruit respiratoire peut aussi disparaître momentanément dans une portion de l'arbre bronchique. Soit par les mucosités, soit par la simple constriction des fibres de Reissessen, ce catarrhe, en se prolongeant, peut prendre la marche d'un catarrhe muqueux chronique, et produire, ainsi que ce dernier, le marasme avec une apparence de phthisie. Quant aux tubercules, aux indurations inflammatoires, aux foyers purulens (chose dont j'ai constaté la coïncidence), la coqueluche n'a pas le droit de produire tout cela. Si donc de tels désordres sont observés, injonction expresse de les considérer comme des maladies antérieures, ou comme des complications. Quant au traitement, les antiphlogistiques et les adoucissans sont peu utiles : notre auteur les méprise. Il veut qu'on émétise tous les jours, pendant deux semaines, puisqu'on donne les narcotiques à fortes doses, surtout la *belladone* et le narcisse des prés. Au reste, advienne que pourra de cette pauvre membrane muqueuse de l'estomac; Laennec ne l'a-t-il pas déclarée invulnérable?

Après le catarrhe convulsif, il place les *catarrhes symptomatiques*, comme s'il n'en avait encore rien dit jusqu'à cette heure. Les catarrhes qu'il veut présentement mentionner sont d'abord tous ceux qui résultent des affections de la plèvre ou du poumon; car, selon lui, toutes peuvent produire le catarrhe, tandis qu'il ne peut engendrer aucune d'elles. S'il survient une péripneumonie pendant la marche d'un catarrhe, elle sera *greffée* sur lui, mais non produite par la propagation de l'irritation de la membrane muqueuse des bronches. Il en est ainsi de la pleurésie, et tous les catarrhes en sont exempts; ils le sont également de la phthisie, qui ne vient jamais du catarrhe, comme l'a prouvé Bayle, que M. Broussais a contredit. Or, les lecteurs peuvent remonter quelques pages, afin de se rappeler comment Bayle savait prouver.

Vous entendez, lecteurs : l'irritation ne peut pas se propager des bronches aux autres tissus du poumon. Le catarrhe n'a de la tendance qu'à produire l'emphysème du poumon et la dilatation des bronches. C'est Laennec qui vous en donne sa parole, et il ne vous dit pas comment la pleurite, la pneumonie et les tubercules produisent le catarrhe. Ne voyez-vous donc pas qu'il n'y a dans tout cela qu'une série de subtilités? Bayle, Laennec et leur école étaient convenus de dire que les tubercules, les pleurites et les pneumonies auraient d'autres causes que le catarrhe, toutes les fois que ces affections se présenteraient après lui chez un malade; et d'affirmer, au contraire, que le catarrhe dépendrait de ces affections, au moins de la pleurite et de la pneumonie, dans tous les cas où elles paraîtraient l'avoir précédé. Qui n'a besoin que d'affirmer pour être cru de ses adeptes, devient bientôt un oracle.

Les autres catarrhes symptomatiques sont plus nombreux : il n'est point de fièvre continue qui ne produise le sien; lorsqu'aucun signe extérieur ne l'annonce, le stéthoscope le décèle. Il y a donc, dans toute fièvre, au moins un catarrhe stéthoscopique. A ce propos, Laennec dit que les fièvres essentielles présentent un ensemble de congestions cérébrales et d'affections abdominales, qui en font des affections générales attaquant un grand nombre d'organes, et plus spécialement encore les liquides. Ces assertions paraissent si légères, si dénuées de démonstration, et de hautes considérations physiologiques quand on les lit, après avoir médité les écrits des médecins physiologistes, qu'il a fallu toute la passion du parti médico-jésuitique pour les faire prospérer et en faire le mot d'ordre de toute une école. Quoiqu'il soit vrai que plusieurs congestions sanguines se forment dans les viscères durant des prétendues fièvres essentielles, cela empêche-t-il que le premier point d'irritation n'ait pu se développer dans une région de la muqueuse du canal digestif? ne se forme-t-il pas de semblables congestions à la suite d'un début fébrile, par la péripneumonie, par la pleurite, par une phlegmasie extérieure? et s'avise-t-on de trouver là des raisons pour abolir toutes les phlegmasies? le sang se déprave-t-il moins à la suite d'une pneumonie étendue, d'un vaste phlegmon cellulaire de la cuisse, qu'à la suite d'un début par gastro-entérite? a-t-on imaginé, pour cette raison, de ramener, avec Sydenham, toutes les inflammations dans le sang? Peu importe par où commence l'incendie inflammatoire; s'il n'est étouffé dans son berceau, il peut se propager à plusieurs appareils isolés, ou à plusieurs systèmes organiques communs à tous les appareils; mais l'in-

flammation n'est pas générale pour cela : elle ne l'est jamais dans les phlegmasies éruptives qui sont les plus inflammatoires de toutes nos maladies. Il n'y a pas de raison pour qu'une maladie fébrile soit considérée comme essentiellement moins générale que toutes les autres. Toutes commencent par un point de phlegmasie; les unes s'étendent beaucoup dans l'organe primitivement affecté; les autres y demeurent plus circonscrites; et toutes, sans distinction, peuvent se compliquer dans leur marche d'un nombre plus ou moins grand d'inflammations secondaires, qui peuvent devenir principales, si l'art ou quelque crise ne mettent obstacle à leur libre développement.

Que les malades disent souffrir généralement, c'est une erreur que tout physiologiste peut réfuter ; que l'innervation semble partout uniformément augmentée, il est aisé de prouver qu'elle l'est dans les foyers de phlegmasie incomparablement plus que dans les autres régions; que le sang et toutes les fibres qui en sont formées s'altèrent par suite de ces perturbations fébriles, le fait est commun aux phlegmasies locales et aux fièvres essentielles des nosologistes. Reste donc maintenant la question des infections et des contagions ou empoisonnemens miasmatiques putrides, ou par absorption, résorption de matières putréfiées. Eh bien! nous l'avons traitée cent fois cette haute question. Nous avons dit que si la matière nerveuse n'est pas tuée par le poison, il se développe une inflammation dans l'appareil viscéral, dans le gastrique surtout, avec lequel le cœur et le cerveau se mettent à l'unisson. Or, ces phlegmasies se comportent comme celles qui dépendent d'autres causes, à cela près qu'elles vont plus vite, qu'elles ont une tendance plus marquée aux excrétions dépuratoires, tendance qui d'ailleurs existe dans toutes les inflammations fébriles, dans le plus petit mouvement de fièvre, et que la force nerveuse est plus promptement épuisée. Tout cela a été dit; que nous demande-t-on de plus, et pourquoi voyons-nous encore de vagues déclamateurs nous répéter les reproches du trop reprochable Laennec?

Pour revenir au catarrhe symptomatique, que Laennec dit être produit par toutes les fièvres, je le trouve très reprochable pour n'avoir pas distingué la supersécrétion muqueuse des bronches, suite presque nécessaire de l'accélération du cours du sang, au moins dans nos tempéramens lymphatico-sanguins du Nord, des véritables bronchites que l'influence du froid ajoute si facilement à nos autres phlegmasies durant la froide saison. Il y avait aussi des distinctions non moins importantes à établir entre les catarrhes qui viennent compliquer les affections chroniques, comme la goutte, les dartres, le scorbut; il fallait au moins séparer les catarrhes produits par le froid de ceux qui viennent d'un obstacle au cours du sang, etc., etc.; il ne fallait pas non plus dire vaguement que le catarrhe devient quelquefois le symptôme insigne d'une fièvre pernicieuse; car c'est surtout la congestion pulmonaire qui est ici le phénomène redoutable, quand ce n'est pas le spasme du cœur.

Les *catarrhes latens* sont mentionnés ensuite, et l'on y retrouve tous les précédens dans les nuances les moins prononcées. Cette nouvelle division n'a pour objet que de faire ressortir les avantages du stéthoscope pour reconnaître des affections des bronches dont les symptômes extérieurs ne frappent pas assez l'attention.

La série des catarrhes se termine par les catarrhes *suffocans*. Or, ces catarrhes ne sont autre chose, de l'aveu même de l'auteur, que le cas de mort par suffocation des personnes attaquées des différens catarrhes déjà vus. Les caractères anatomiques sont la plénitude des bronches de mucosités et l'absence d'une altération du poumon à laquelle on puisse attribuer la suffocation. Le signe est le râle muqueux sibilant. L'auteur soupçonne une faiblesse locale dans les bronches ou dans le tissu pulmonaire, attendu que l'action inspiratrice est augmentée. *Fiat lux*. Il distingue quatre cas de catarrhes suffocans : 1°, le catarrhe des vieillards au moment de la mort; 2°, l'œdème des poumons dans le même cas; 3°, l'engorgement pulmonaire de toutes les agonies; 4° enfin, l'engorgement de tous les catarrhes, quels qu'ils soient, et à tous les âges.

On voit que plusieurs de ces cas rentrent les uns dans les autres, et que par conséquent la distinction n'est pas bien faite; d'ailleurs tout cela ne forme point ce qu'on doit appeler des maladies. Je vois, parmi ces mourans que l'auteur soumet à son entité, beaucoup de gens à affection du cœur; j'y distingue des hydropiques par cette affection organique et par quelques autres; j'y remarque surtout des agonisans par des congestions ou des épanchemens céphalo-rachidiens, soit primitifs, soit résultant des gastro-entérites aiguës, et de beaucoup d'autres affections qui agissent de la même manière sur les centres nerveux. Or, dans la plupart de ces cas, l'affection des bronches, qui donne le nom à l'entité factice, n'est rien qu'un effet de l'accélération du cours du sang ou le résultat de l'obstacle au cours de ce fluide à travers le parenchyme pulmonaire, ou enfin un obstacle à l'innervation respiratrice par maladie des centres nerveux.

Quant à la prétendue faiblesse locale des poumons, je pense bien que l'auteur lui-même n'en a jamais eu une juste idée.

C'est sans doute par manière d'acquit que l'anatomo-pathologiste conseille ici des vomitifs à haute dose plusieurs jours de suite, de larges vésicatoires aux cuisses et la belladone pour *diminuer le besoin de respirer*. Tels sont les secours que l'auteur offre aux tristes agonisans affectés de son catarrhe suffocant. Comment qualifier cette idée? Les cas où de tels moyens peuvent réussir ne sont sans doute que des apparences illusoires de son entité : pourquoi s'en étonner? les maladies des anatomo-pathologistes ne sont jamais caractérisées pendant la vie.

La *dilatation des bronches* est une lésion dont on doit la connaissance détaillée à Laennec et à son école. C'est un service rendu; mais ce désordre est tout simplement un effet des quintes de toux long-temps répétées, quelle qu'en soit la cause, quelles que soient les affections des autres viscères qui puissent la compliquer. On ne saurait donc y voir une maladie digne d'un chapitre, avec son traitement spécifique. En effet, si l'on veut prendre connaissance de ce traitement, on sera tout étonné d'y trouver les balsamiques, les aromatiques, les amers et les antiscorbutiques, sans qu'on daigne se souvenir que tous ces médicamens n'ont pu arrêter la maladie qui a dilaté les bronches, ni nous dire si ceux qu'on a assignés à ces maladies, comme l'émétique à haute dose, ne seraient pas nuisibles alors que les bronches seront disposées à se dilater; quant aux gastrites, on n'a garde de s'en occuper.

Le *croup, ou inflammation plastique ou membraneuse*, est mis hors de la ligne des catarrhes; mais notre auteur n'avait pas l'organe des rapprochemens, autrement il se serait souvenu avoir dit plus haut que le gonflement de la membrane muqueuse des bronches pouvait altérer une branche de l'arbre

bronchique, et y intercepter l'air aussi bien qu'une concrétion muqueuse. Les deux chances sont également possibles dans les inflammations du larynx, et cela était bon à dire, afin qu'on pût rapprocher les symptômes des moyens de traitement.

Au surplus, il résulte toujours des citations et des remarques de Laennec, qu'il n'y a d'autres signes de l'inflammation plastique que l'expectoration ou l'apparition des fausses membranes dans l'arrière-bronche. Les médecins qui n'ont pas rougi de suivre les progrès de la science, se sont étonnés de voir figurer, dans l'ouvrage qui nous occupe, un *croup adynamique* provenant de l'altération septique des humeurs par le miasme des hôpitaux. Les docteurs à qui l'on emprunte cette entité rajeunie, auront trouvé plus commode de rétrograder en pathologie, que de se donner la peine d'étudier pour marcher de concert avec les véritables interprètes de la nature.

L'*hémorrhagie bronchique* est placée à la suite de tous les catarrhes. L'auteur rattache à cette affection, non les expectorations sanguinolentes des catarrhes, mais les hémoptysies peu abondantes. Ce qui les caractérise, c'est l'absence des signes de la congestion sanguine apoplectique du poumon, qui se rencontre toujours dans les hémorrhagies abondantes.

Cette distinction paraît importante, mais on se demande où l'auteur a puisé les caractères anatomiques de son hémorrhagie bronchique. On ne meurt pas d'un léger suintement de sang dans les bronches. Comment donc affirmer que leur membrane est non seulement imprégnée de sang, mais ramollie? La maladie qui conduit à la mort les gens à hémorrhagie des bronches, ne peut qu'avoir causé de grands désordres dans le parenchyme, et la membrane de ces conduits a dû en souffrir. Un médecin ne devrait pas s'arroger le droit de donner comme positif ce qui n'est que probable. Notre auteur croit que le râle des hémorrhagies bronchiques est à bulles plus grosses que celui des catarrhes : il s'agit là d'une nuance qui doit échapper à bien des personnes. Je pense qu'il vaut mieux s'attacher au signe négatif, tiré de l'absence du râle crépitant, propre à l'hémoptysie abondante et que l'auteur croit caractéristique de l'apoplexie pulmonaire.

Les *abcès des bronches* sont rares, selon notre auteur; mais aussi n'a-t-on guère fait de recherches à ce sujet. Il rappelle la thèse de M. Cayol sur la *phthisie trachéale;* il décrit les altérations locales et le groupe de symptômes établi par ce médecin, groupe où l'on en trouve beaucoup plus que n'en peut déterminer ce genre de lésion. Au reste ce vice est commun à toutes les *maladies* des anatomo-pathologistes, attendu qu'on meurt rarement par l'affection d'un seul organe.

Je n'ai presque rien à dire des *corps étrangers introduits dans les bronches;* il n'y a que les concrétions, suite du vice de la sécrétion muqueuse, qui puissent être considérées relativement à une doctrine, mais cela se rattache aux phlegmasies laryngées et trachéales; l'auteur ne l'a pas assez senti.

Les *affections des glandes bronchiques* méritent plus d'attention. L'auteur parle de la matière noire qui les colore; il prétend qu'elles sont rarement malades, et qu'elles ne se gonflent pas par les bronchites comme les glandes sous-cutanées par les cutites, et comme celles du mésentère par les entérites. Comme j'y ai porté beaucoup d'attention, je crois le contraire; mais je pense que ce gonflement parvient rarement à un haut degré, à moins d'une grande irritabilité du système glanduleux; aussi ce gonflement est-il d'autant moins rare que les sujets sont plus jeunes et plus disposés aux scrofules. Les gonflemens des glandes bronchiques deviennent d'autant moins rares, que l'on avance plus dans la vie. On y trouve communément, suivant notre auteur, la matière crétacée et des tubercules. C'est, comme nous l'avons dit cent fois, une suppuration lente des ganglions surirrités, qui, dans certaines nuances d'irritation, se dessèche par la résorption de ce qu'elle a de plus liquide, et se trouve réduite aux élémens calcaires avec la matière animale. Ce qui ne me paraît pas assez prouvé dans Laennec, c'est cette matière tuberculeuse qu'il fait arriver du sang, s'infiltrer dans les glandes bronchiques, s'y ramollir, et se diriger vers les bronches voisines qu'elle perfore afin de se faire jour par l'expectoration. D'abord cette matière venant du sang, c'est du roman; quant aux perforations des bronches, jusqu'ici elles m'ont semblé n'être autre chose, dans les cas où je les ai observées, que le produit d'ulcérations formées dans la membrane muqueuse des bronches; ulcérations qui pénétraient dans une masse de glandes que l'inflammation avait fait rendre adhérentes à l'arbre bronchique. Dans les cas de ganglionite du médiastin, il y a toujours bronchite simultanée, et le principal point d'inflammation le plus promptement désorganisateur est, d'après mon observation, celui des bronches.

Tel est l'auteur sur les *maladies des bronches :* sa méthode est à découvert; il veut autant de maladies qu'il a trouvé de formes d'altérations différentes; mais il ne lui a pas été possible d'obtenir, pendant la vie, un groupe de symptômes qui pût être exclusivement affecté à chacune de ces formes. Ce premier fait constaté pour les bronches, pénétrons avec lui dans le tissu pulmonaire proprement dit.

Affections du tissu pulmonaire.

Les *affections du tissu pulmonaire* sont d'abord traitées d'une manière générale. Laennec admet, ce que j'ai toujours soutenu, que la structure intime des organes est partout insaisissable; mais la conclusion qu'il en tire ne ressemble guère aux miennes. J'ai toujours déclaré que, dans la recherche de la nature des maladies, il faut se fonder sur les vices que l'action vitale manifeste sous l'influence des modificateurs, afin de déterminer quels sont ceux qui font vivre normalement, et ceux qui dérangent l'état normal; 2°, que l'état anormal une fois établi, il est indispensable de déterminer quel est le point de l'économie qui a souffert la principale lésion, et comment ce premier point malade a pu déranger l'action des organes qui offrent consécutivement quelques lésions; 3°, enfin, que pour compléter l'idée de la maladie il restait à déterminer quels sont les modificateurs sous l'influence desquels le retour à l'état normal est possible, et même le plus prompt.

Ces idées sont loin d'être celles de l'anatomo-pathologiste : l'impossibilité de saisir la structure intime lui suggère les mots suivans : « Par conséquent, rien n'est certain en anatomie pathologique au-delà des lésions tranchées qui tombent d'abord sous les sens, et qui altèrent la substance des organes d'une manière évidemment incompatible avec l'exercice des fonctions; car, continue-t-il, si l'on cherche les causes des maladies graves dans les altérations microscopiques des organes, il est impossible de ne pas tomber dans des conséquences absurdes. » Ouvr. cité, t. 1er, p. 280.

Ainsi, point de milieu pour notre auteur; les

sources des maladies sont ou dans les lésions graves, ou dans les lésions microscopiques. Ailleurs, il y joindra, pour les fièvres essentielles et autres maladies, des altérations des humeurs : par conséquent, point d'étude sur l'influence des modificateurs qui dérangent l'action ou les actions qui constituent ou qui manifestent chaque fonction. Voilà une immense quantité de faits perdus pour les sectateurs de Laennec; et ils le sont réellement, comme nous le verrons ailleurs. Il ne faut à notre anatomo-pathologiste que de grosses lésions qui dérangent fortement les fonctions : ce sont là ses maladies; par conséquent, tout ce qui se passe dans l'organisme avant ces grosses lésions produites, n'est rien pour lui. Tout ce que vous pourrez tirer de plus subtil ou de moins grossier de son esprit exclusif et préoccupé, c'est que les humeurs fournissent des *matières morbifiques* qui viennent produire ces grosses lésions. Je n'ai jamais pu concilier le spiritualisme religieux de Laennec avec son matérialisme médical. S'il nous eût au moins accordé une cause secondaire pour agir activement sur les organes et déterminer quelques lésions organiques!... mais... rien!

L'*hypertrophie* et l'*atrophie* du poumon ne l'arrêtent pas, et en ce point je l'approuve. Mais l'*emphysème du poumon* est traité avec le plus grand détail. Cette lésion est, comme *maladie*, de l'invention de l'auteur. Il était donc indispensable qu'il en donnât une description complète; et en cela, nous le trouvons très digne d'éloges et bien méritant de la science. Mais nous n'avons pu nous défendre d'un sentiment de pitié en voyant les efforts inutiles qu'il fait pour assigner à sa *maladie* un groupe de symptômes qui lui soit propre. Il ne réussit qu'à prouver que les vésicules pulmonaires se distendent outre mesure, et même se rompent quelquefois, de manière à ce qu'il en résulte un emphysème des tissus intervésiculaires, sous l'influence de plusieurs causes de dyspnée : et ces causes, qui sont ici les faits de premier ordre, sont placées en ligne secondaire, quoiqu'elles constituent les principales lésions des appareils respiratoire et circulatoire. C'est un service rendu que d'avoir prouvé cela; mais qu'en résulte-t-il sous le rapport de la pratique? rien; car ces dilatations et ces déchiremens de vésicules sont des lésions ordinairement légères, qui n'indiquent aucune médication spéciale lorsqu'elles ne sont pas traumatiques, et qui cèdent avec la maladie dont elles dépendent lorsqu'elle est curable.

L'*œdème du poumon* a pour caractères anatomiques l'infiltration de la sérosité dans le tissu pulmonaire, à tel point qu'il devient en grande partie imperméable à l'air. Les signes de cet état ne sont qu'approximatifs. On peut le présumer dans les pneumonies chroniques des sujets fort affaiblis et d'ailleurs hydropiques ou disposés à l'hydropisie; la congestion sanguine étant dans un point, l'œdème occupe le reste. Il existe également dans les vieux catarrhes et dans les obstacles au cours du sang par lésion du cœur avec la même disposition hydropique, et ce sont là les cas les plus ordinaires. Les trois exemples qu'en rapporte l'auteur sont extraits de maladies de ce genre. On voit qu'il ne s'agit point encore ici d'une maladie, mais d'un effet de maladie. Cet œdème méritait un article dans un traité d'anatomie pathologique, et rien de plus.

Les *apoplexies pulmonaires*, que l'auteur examine après l'œdème, consistent dans une exhalation sanguine qui se fait dans le tissu cellulaire, servant de moyen d'union aux autres tissus du poumon : il les compare à tous les épanchemens du même liquide qui peuvent se faire, soit dans le cerveau, soit dans le tissu cellulaire général, soit ailleurs. Ici rien de nouveau; ce nom avait été donné à toutes les extravasations sanguines, et notamment à celle du poumon, qui est quelquefois accompagnée d'épanchement dans les plèvres. Un nommé Fortassin, chirurgien interne de l'hôpital de la Charité, mourut autrefois de cette affection, et cela fit beaucoup de bruit dans ce temps où Laennec, encore jeune médecin, s'occupait de ces recherches d'anatomie pathologique. Mais voici venir l'entité créée par ce médecin; c'est ici qu'est le nouveau. Ces apoplexies ont pour caractères anatomiques un endurcissement égal à celui du poumon le plus fortement hépatisé. Ce désordre est circonscrit et représente une grosse tache rouge terminée brusquement dans le parenchyme, quelquefois même presque noire et pouvant offrir à son centre un ramollissement qui soit converti en une espèce de caillot. Le nouveau continue : c'est dans les hémoptysies copieuses que cette lésion organique existe le plus souvent. Et cependant l'auteur nous dit que ces hémorrhagies peuvent venir des bronches. Il assure même l'avoir dit en parlant des hémorrhagies bronchiques, tandis qu'au contraire il leur a donné pour caractère principal de fournir peu de sang. Les hémoptysies par apoplexies pulmonaires doivent donc être les plus copieuses; et cependant l'auteur nous apprend que celles qui nous effraient, non seulement par leur abondance, mais qui plus est par la phthisie pulmonaire, qui leur succède si souvent malgré tous nos efforts, proviennent uniquement des bronches.

Lecteurs, voulez-vous savoir pourquoi ces contradictions? le voici : c'est parce que l'auteur tenait à l'invention de la maladie *apoplexie pulmonaire*, comme cause des hémoptysies copieuses. D'autre part, il ne tenait pas moins à ce que toute phthisie dépendît des tubercules. Il devait donc tout faire pour que ces deux maladies restassent distinctes; c'est ce qu'il tente lorsqu'il soutient que l'apoplexie pulmonaire est susceptible d'une prompte résolution malgré sa dureté, et qu'elle est liée aux hypertrophies du cœur, tandis que l'hémorrhagie des bronches l'est plutôt avec les tubercules du poumon. Il ne pouvait donc attribuer à l'apoplexie pulmonaire aucune des hémoptysies qui dégénèrent en suppuration du poumon. Eh bien! il s'est tiré de cette difficulté en assurant que les hémoptysies bronchiques, produites par les tubercules du poumon, peuvent être aussi fort abondantes, quoiqu'il eût précédemment avancé le contraire. Le fait est cependant que souvent elles ne le sont pas, et n'en sont pas pour cela moins suivies de phthisie pulmonaire.

L'abondance de l'hémorrhagie n'est donc pas la preuve de l'existence des tubercules, de même que le peu de sang fourni par les bronches ne donne pas la certitude de la non-existence de ces corps. D'autre part, un hypertrophique du cœur peut devenir phthisique après avoir craché du sang; rien n'est plus commun. Que devient donc la différence de nature des deux hémorrhagies? qui les distinguera avant l'autopsie? sera-ce le râle crépitant des apoplexies qui n'existe pas dans les hémorrhagies bronchiques?... Oui, sans doute; il pourra prouver l'apoplexie si l'oreille est assez fine pour ne pas le confondre avec le râle à grosses bulles des hémoptysies bronchiques; mais à quoi cela servira-t-il, s'il est possible que l'apoplexie coïncide avec les tubercules du poumon?

Plaignons le sort des inventeurs d'entités morbides. Si Laennec eût voulu convenir qu'une apoplexie

partielle d'un lobe pulmonaire pouvait donner une suppuration capable de produire la phthisie, il ne se fût pas trouvé dans cet embarras. Mais il avait juré que jamais phthisie n'existerait que par la fonte des tubercules, et que jamais l'inflammation sans tubercules préalables ne ferait tomber un poumon en détritus purulent. De là la nécessité de prodiguer les fausses assertions, et de ne reculer ni devant les contradictions, ni devant aucune des absurdités qu'elles entraînent.

L'embarras du diagnostic produit toujours celui du traitement. Laennec veut des saignées copieuses dans les hémoptysies par apoplexie pulmonaire. Mais si cette cause se confond avec les tubercules, à quoi se détermineront ses partisans exclusifs? Il admet les drastiques ensuite, et même l'émétique à haute dose; mais il ne leur accorde pas grande vertu. Il ne veut point de vésicatoires; il préfère à tout cela les bains d'ondées, tièdes d'abord, puis fraîches et enfin froides. Ce remède a bien le mérite de n'être pas usité dans les hémoptysies, mais je ne crois pas que la recommandation de notre auteur le mette en crédit. La persévérance dans le traitement antiphlogistique, la révulsion suppuratoire et les moyens qui ralentissent l'impulsion du sang, seront toujours les ressources auxquelles il faudra revenir après avoir été désabusé de la manie des spécifiques et des perturbateurs extraordinaires.

La *péripneumonie* est traitée avec de très grands détails par Laennec, non pas en prenant pour base le groupe de symptômes qui correspond au summum de l'inflammation du poumon, mais en partant des modes d'altération de cet organe, qui ne sauraient être constatés qu'après le décès, et qui ne sont que plus ou moins probables durant la vie. Telle est la base sur laquelle repose toute sa théorie. C'est en vertu de cette innovation qu'il distingue trois degrés dans cette maladie, l'*engouement*, l'*hépatisation* et l'*infiltration purulente*. Entendez bien cela, lecteurs; ce sont ces trois modes qui constituent les trois variétés de la maladie.

Pour l'*engouement*, l'auteur décrit une nuance d'engorgement pulmonaire qui est moitié sanguine et moitié séreuse, ou qui tient le milieu entre l'hépatisation et l'œdème. C'est aussi ce qui correspond à la fausse péripneumonie des anciens, et au catarrhe violent et suffocant des modernes, sans excepter celui de Laennec, qui tout à l'heure était une maladie particulière. Mais on sait qu'une même affection peut lui fournir plusieurs maladies. Toutefois, selon nous, il n'y a que des probabilités sur le mode précis d'altération dans le groupe de symptômes qui correspond aux fausses péripneumonies, aux catarrhes graves, aux catarrhes suffocans, maladies qui dépendent souvent des affections du cœur ou de celles du cerveau. L'engouement est certain; mais on ne peut pas toujours répondre de l'hépatisation.

L'*hépatisation* ne crépite plus; c'est son caractère. L'auteur revient encore, dans cette édition, à la négation par lui faite jadis de la possibilité de l'empreinte des côtes sur les poumons hépatisés, dont je lui avais cité verbalement un exemple. Il ne s'est point tenu pour réfuté par les faits semblables que j'en ai rapportés depuis. Il paraît qu'il prenait l'entêtement pour du caractère. Cette désorganisation est connue de tout le monde, depuis *Cullen*, comme correspondant au plus haut degré de l'inflammation du poumon, et d'ordinaire on peut le prévoir dans la péripneumonie bien prononcée. Mais ce n'est point elle qui constitue la maladie : elle n'en est que l'effet, car l'inflammation du parenchyme la précède, et ne la produit que lorsqu'elle n'a point été arrêtée.

L'*infiltration purulente* se compose, suivant l'auteur, des hépatisations grise et jaune. On les trouve telles, en effet, après les pneumonies qui ont tiré en longueur; le pus est même souvent reconnaissable à la vue dans les grises, qui en ont vraiment la couleur, et qui parfois en offrent des collections en certains points. C'est donc un service rendu par notre auteur d'avoir attribué cette nuance d'hépatisation à une infiltration purulente, produit d'une inflammation terminée par suppuration. Mais en est-il bien ainsi, et toujours ainsi, de l'hépatisation jaune? Laennec la représente moins dure que l'hépatisation rouge, et laissant suinter à la pression une matière jaune, opaque, visqueuse, d'une odeur forte, purulente, et la met ainsi sur la même ligne que la grise. Cela fait, il m'attaque et me reproche de lui avoir dit qu'il n'avait pas observé l'hépatisation jaune analogue, pour l'aspect et pour la consistance, au foie gras. Mais si j'ai dit cela j'avais bien mes motifs. J'ai en effet rencontré des poumons semblables aux foies gras, c'est-à-dire beaucoup plus consistans que ceux que décrit Laennec. On ne pouvait distinguer d'infiltration purulente : ils ne laissaient pas suinter de liquide purulent; ils étaient durs et secs, et l'analyse qui en a été faite par feu Bertrand, alors pharmacien-démonstrateur au Val-de-Grâce, a prouvé qu'ils étaient farcis d'une albumine concrète, et nullement d'une matière analogue au pus des phlegmons : que cette matière, qui semblait faire corps avec le poumon, fût le produit d'une sécrétion morbide irritative, c'est ce que j'ai toujours cru, et ce que je crois encore malgré l'insultante ironie de Laennec, qui prétendait que j'avais trouvé là l'infiltration purulente sans la reconnaître. Mais à coup sûr ce n'était pas du pus infiltré, analogue à celui des hépatisations grises ramollies. Peut-être était-ce l'induration de l'état aigu dépouillée de son cruor par une nuance particulière d'irritation de l'état chronique. Cette question sera décidée un jour.

Forcé, par l'impulsion irrésistible de l'orgueil, à soutenir avec acharnement toutes les propositions qu'il avait émises, Laennec entasse souvent subtilités sur subtilités, sophismes sur sophismes, dans l'espoir de faire croire qu'il n'a point été réfuté. Tel est son cas relativement aux *abcès du poumon*. Il les avait niés d'abord, réservant aux seuls tubercules le privilége de creuser des cavités dans les parenchymes. Voilà pourtant que les recherches de plusieurs médecins français et étrangers, et ses propres observations, l'obligent de les admettre. Battu par les docteurs anglais, *Crichton* et *Himly*, qui ont soutenu, contradictoirement à ses premières assertions, que les abcès se rencontrent chez la moitié des péripneumoniques, notre auteur émet successivement, et en très peu de pages, les assertions suivantes : L'abcès du poumon est propre aux péripneumonies partielles, et alors il y en a plusieurs... On ne rencontre ces abcès que dans le troisième degré, dispersés, peu nombreux, à parois creusées dans la substance pulmonaire, infiltrés de pus (dans l'hépatisation grise)... Ils sont si rares qu'il n'en a trouvé que cinq ou six exemples en vingt ans... La seule suppuration du poumon qui soit bien prouvée pour lui, c'est l'infiltration purulente... Une seule fois il a vu un foyer un peu considérable de pus, mais dans ce cas la péripneumonie était partielle... En l'année 1823 il a rencontré plus de vingt péripneumonies partielles, terminées par des abcès (notez qu'il les a tous guéris, excepté un, et admirez la vertu du

stéthoscope, qui lui a fait deviner tous ces petits abcès). Puis il avoue que, malgré tout ce qu'il vient de dire sur la presque impossibilité des grands abcès pulmonaires sans tubercules, il en a vu deux remplis avec trois vastes excavations, notamment en 1822, à l'hospice Necker.

Suivent une foule de détails sur les différens états par où passent les poumons remplis du pus, soit infiltré, soit rassemblé en foyers pendant le travail de la résolution et la marche vers la guérison; car il se flatte de pouvoir faire revenir les poumons de l'infiltration purulente et des abcès multipliés. Tous ces faits, aussi bien que cet espoir, sont puisés dans des nécroscopies de péripneumoniques qui ont été amenés près de la guérison par le tartre stibié à haute dose, et qui, pendant cette heureuse marche de l'affection pulmonaire, ont été enlevés *par d'autres maladies*.

Grand éloge du tartre stibié!... L'auteur vise à la juste précision dans la détermination de chacun des états du poumon passant par l'engouement, l'hépatisation, l'infiltration purulente. Mais il est obligé d'avouer que le traitement dérange la régularité de la marche qu'il a tracée. Il ne tient compte des autres cas d'exception, qui sont pourtant assez nombreux, et qu'il ne paraît pas avoir soupçonnés; par exemple, des déplacemens du point principal d'irritation et de ses retours à son premier siége, de la résistance opiniâtre à la désorganisation qu'offrent certaines idiosyncrasies, pendant que d'autres sont dans des conditions opposées, etc. En un mot, tout ce qui tient aux variations de l'irritation sous l'influence des modificateurs si diversifiés, au milieu desquels et par lesquels nous vivons, lui est absolument étranger. Il ne voit que la marche de l'inflammation suppuratoire dans le poumon soumis à des périodes aussi régulières qu'un abcès phlegmoneux, dont l'art soutient le travail suppuratoire.

Il n'oublie pas de décrire l'état des bronches; mais il ne daigne pas jeter un coup d'œil sur la membrane muqueuse des voies gastriques; ou s'il en parle, c'est pour dire sèchement qu'elle est *dans l'état naturel*, lors même que la guérison des péripneumonies a été *presque opérée* par le tartre stibié avant la mort.

Après avoir décrit les états anatomiques des poumons aux différentes périodes de la péripneumonie, Laennec s'occupe à ajuster à ces états le bruit respiratoire que l'on observe par le moyen de son stéthoscope, et il le fait avec beaucoup de détail. C'est par ces bruits divers, dont il veut faire les signes par excellence, non seulement dans la pneumonie, mais dans toutes maladies de la poitrine; c'est par ces bruits qu'il reconnaît l'engouement inflammatoire, l'hépatisation, la résolution, l'infiltration purulente, les abcès. On trouve là de bonnes choses, mais peu de personnes en tireront un grand profit; car les nuances du bruit respiratoire sont très multipliées, et pour les saisir toutes il faudrait s'y exercer autant que l'a fait l'auteur. Beaucoup de médecins le feraient sans doute si l'utilité en était bien évidente. Mais si l'on excepte quelques nuances prononcées, comme le râle crépitant, que l'auteur établit comme l'un des principaux signes de la pneumonie, c'est-à-dire de l'engouement inflammatoire, mais qui l'est également, selon lui, de l'engouement hémorrhagique et de l'œdème des poumons; si l'on ajoute à l'exception le râle muqueux, la bronchophonie et la pectoriloquie qui correspondent à l'embarras muqueux ou purulent des bronches, à leur dilatation, aux excavations qui se forment dans le parenchyme; si l'on fait toutes ces exceptions, disons-nous, les nuances diversifiées, auxquelles Leannec donne tant d'importance, n'en auront pas également pour tous les praticiens dans les diverses périodes de la péripneumonie. L'écrivain avait pour but, dans ce travail minutieux, de rattacher les principales données du diagnostic et du prognostic à l'instrument dont il était l'inventeur, afin qu'aucun praticien ne pût s'en passer; mais nous avons dans la percussion, dans l'aspect des mouvemens respiratoires, dans l'ensemble et dans la succession des irritations sympathiques, dans les phénomènes de sécrétion, de calorification, de nutrition, des moyens beaucoup plus sûrs d'apprécier l'intensité de la phlegmasie et d'en estimer le danger. Le stéthoscope nous sert plus particulièrement à derminer le siége du mal, ou plutôt les régions du poumon qui sont affectées, et celles qui le sont le plus fortement. C'est un grand avantage sans doute, et que nous ne pouvons obtenir de la percussion. Il sert surtout à nous signaler les points de la cavité thoracique sur lesquels nous devons agir. L'auscultation immédiate nous le concilie également, dira-t-on, et nous pouvons y rattacher les divers bruits de Laennec; pour moi, je persiste à croire que son stéthoscope est préférable à l'oreille nue dans la majeure partie des cas.

Ayant placé les *signes* dans le bruit stéthoscopique, il donne tous les troubles des fonctions, occasionnés par la péripneumonie, pour quelque chose de fort inférieur en certitude, sous le nom de *symptômes*. Il commence par ceux qui dépendent du *trouble des fonctions pulmonaires*. Ainsi la douleur obtuse et profonde de la poitrine, la dyspnée, la fréquence de la respiration et la toux sont des signes équivoques. Il n'y a que les crachats glutineux, rouillés, striés de sang ou jaunâtres, qui ne manquent jamais. Mais ces signes peuvent n'exister que fort peu de temps: par exemple, dès qu'il y a imminence d'agonie, on ne les retrouve plus, ainsi que dans toutes les péripneumonies à marche rapide, ce qui doit être, selon moi; car le besoin de respirer est si grand que le malade n'a pas le temps de tousser, d'expectorer, et même quelquefois de boire ni de parler. Le signe tiré des crachats visqueux, etc., est des plus précieux; il avait été signalé sans avoir reçu toute l'importance que lui a donné l'auteur qui nous occupe; seul avec le râle crépitant il peut caractériser la péripneumonie; il faut donc rendre grâce à la mémoire de Laennec pour cet insigne service rendu au diagnostic de cette maladie que l'on reconnaissait difficilement, à moins d'une grande habitude, avant son ouvrage.

Les *symptômes généraux* et la *marche de la péripneumonie* forment un troisième groupe de symptômes. Ici l'auteur devait être faux, et il l'a été, ainsi qu'il l'est toujours, dès qu'il sort des descriptions anatomo-pathologiques. Il y a long-temps que j'ai renoncé à cette division des symptômes en locaux et en généraux dans les phlegmasies, parce qu'elle a cessé de me paraître claire. En effet, qu'y a-t-il de général dans les symptômes que Laennec attribue à la péripneumonie? est-ce *la fièvre?* Sans doute le cours du sang est accéléré dans tous les gros vaisseaux, mais il ne l'est pas également dans tous les tissus et dans tous les canaux qu'il parcourt: beaucoup de sécréteurs en reçoivent moins que dans l'état normal; et s'il survient des congestions dans quelques viscères, le sang y reste en partie stagnant. Il en est de même de l'innervation: elle languit dans un grand nombre d'organes lorsqu'elle est en excès dans l'appareil viscéral.

Prétendra-t-on que le délire et le *coma* sont des phénomènes généraux ?... cela serait par trop absurde. On en peut dire autant de tous les autres symptômes dépendant de la propagation d'une irritation locale, et dont plusieurs peuvent, à leur tour, devenir prédominans. En vain Laennec nous dit-il qu'une fois la fièvre établie il se forme des congestions dans les autres viscères : cela n'explique pas assez. Ce n'est pas le hasard qui retient le sang, dont le cours vient de s'accélérer dans la tête, dans l'estomac, dans le duodénum, dans le foie, dans les reins, dans le gros intestin. Dès qu'il circule plus vite, le sang tend à se porter vers la peau, dont les sécréteurs et les exhalans s'ouvrent pour donner jour au sérum et dégager le corps de son calorique superflu. Point de maladie locale qui produise cet effet plus directement et plus efficacement que la péripneumonie. Il faut donc rechercher pourquoi cette voie d'excrétion, de révulsion ou de dérivation et de résolution ne suffit pas toujours. On peut trouver quelquefois, quand on sait étudier l'irritation et les causes qui la provoquent, pourquoi elle se développe dans un organe plutôt que dans un autre, et y retient le sang pour produire une congestion aussitôt que la fièvre accélère le cours de ce fluide. Cette étude est curieuse et utile; elle fait souvent découvrir plusieurs maladies dans une économie où l'on n'en apercevait qu'une au premier abord, et nous apprend à faire un juste emploi des moyens de déplétion et de révulsion. On n'a que trop long-temps commis la faute de mettre tous les phénomènes morbides qui s'offrent chez un malade sur le compte de l'organe qui a été le premier affecté, ou qui paraît l'être plus que les autres, parce qu'il parle plus haut à la faculté perceptive du patient. Il faut que cette incertitude, ce vague, cet arbitraire finissent, et que, pour premier signe de progrès dans l'art du diagnostic, l'on cesse de désigner par l'épithète de *généraux* ces désordres vraiment *locaux*, qui se déclarent dans plusieurs organes à l'occasion de l'affection d'un organe primitivement affecté. Il importe également que l'on ne perde jamais de vue que l'organe qui contracte une inflammation aiguë sous l'action d'un stimulant qui lui est accidentellement appliqué, la cède souvent à un autre qui s'y trouvait plus disposé que lui, et qui compromet bien plus les jours du malade. Si Laennec eût connu, ou plutôt compris toutes ces vérités, il n'aurait pas reproduit ici tous les plats lieux communs, si complètement réfutés sur l'essentialité prétendue de certains états fébriles; et, ce qui est beaucoup plus important, il aurait eu des règles pour se guider dans l'administration de son grand spécifique des péripneumonies.

La *gangrène des poumons* est aussi érigée en maladie : elle est rare, suivant l'auteur, et n'est point un effet de l'excès de l'inflammation; c'est une affection essentiellement gangréneuse comme l'anthrax, le charbon, la pustule maligne, et l'inflammation que l'on observe autour de la portion gangrénée en est l'effet et non la cause.

Voilà des assertions positives et hardies; elles m'offrent d'abord le vice de toutes les théories qui ont paru sur les gangrènes dites primitives avant l'époque physiologique. Qu'est-ce en effet qu'une mort primitive et spontanée, qui se fait suivre de l'inflammation? quelqu'un se fait-il une idée d'un pareil état? Ce que je vois de mieux prouvé dans les gangrènes que Laennec a prises pour terme de comparaison, c'est que l'appareil nerveux a toujours reçu une atteinte fâcheuse, soit par une phlegmasie aiguë ou chronique, parfois latente, de la membrane muqueuse du tube digestif, qui souvent a été stimulée malgré sa phlogose, soit par celle de la moelle spinale, des nerfs et des vaisseaux, soit par la résorption d'une substance vénéneuse putride. Or, les quatre observations dont s'étaie l'auteur pour admettre ces gangrènes primitives sont recueillies sur des sujets long-temps surirrités par des boissons alcoholiques, ou par des phlegmasies chroniques. Je crois donc que c'est à une modification irritative, imprimée depuis un temps plus ou moins long au système nerveux, qu'il faut s'en prendre. Ces gangrènes sont toujours avec inflammation; mais le mauvais état de la matière nerveuse du lieu enflammé les fait passer subitement à la gangrène. L'irritation d'une portion de peau déjà enflammée produit cet effet, comme je l'ai vu dans ma jeunesse, en appliquant plusieurs fois des sinapismes sur la même partie pour mieux révulser. Ainsi la surirritation en est une cause certaine. La résorption des poisons septiques n'est pas moins prouvée. Reste la phlegmasie simultanée des vaisseaux et des nerfs d'un membre dans la gangrène dite *sénile ;* mais je ne sais jusqu'à quel point ces cas ressemblent à ceux de Laennec.

Les gangrènes préparées par des phlegmasies chroniques surirritées, et par des poisons qui ont tué la force nerveuse, pourraient être dites *nerveuses* par opposition à celles qui dépendent de l'excès de congestions sanguines, et qu'on appelle *inflammatoires.* Cette division serait d'autant plus convenable que l'irritation nerveuse et la congestion sanguine sont les principaux élémens de l'inflammation.

La gangrène du poumon s'est présentée à Laennec sous deux formes principales : 1°, non circonscrite; 2°, circonscrite.

La *non circonscrite* n'est autre chose qu'une péripneumonie dont l'hépatisation se résout en un putrilage noirâtre à odeur gangréneuse. J'avais parlé, dans mes ouvrages, de cette nuance de désorganisation qui correspond toujours à une irritation excessive de l'appareil circulatoire, ou plutôt du cœur, marquée par une fréquence extrême du pouls et une chaleur fort âcre. Laennec l'a vue chez des sujets cacochymes, qui, selon moi, devaient leur *cacochymie* à des phlegmasies chroniques. Je l'ai observée chez des sujets robustes, mais qui avaient de commun avec ceux de Laennec d'avoir été soumis à l'action de très violens excitans. C'est toute l'idée que j'en ai pu prendre, n'ayant aucun moyen d'analyser la matière nerveuse pour y découvrir un *divinum quid* de nature vénéneuse. L'auteur ne peut lui assigner d'autre caractère, pendant la vie, que des crachats à odeur gangréneuse. Tout le reste lui est commun avec les autres péripneumonies.

La *gangrène circonscrite* consiste en une escare en forme de bourbillon, qui se forme dans la plèvre pulmonaire. Il l'a vue adhérente et entourée d'un cercle rouge, flottante et non encore détachée, et il croit qu'elle peut être expectorée si les bronches ont été ouvertes par la suppuration du tissu pulmonaire. Il donne les signes stéthoscopiques de ces différens états avec un détail, une précision qui portent à croire qu'il a supposé la moitié de ce qu'il dit; du moins ses quatre observations n'en fournissent pas la substance. Comme je ne puis concevoir ces escares de la plèvre que consécutivement à une pleurite prolongée, avec épanchement, à un point de phlegmasie dans le parenchyme correspondant, je ne saurais reconnaître dans cette gangrène, comme dans la première espèce, autre chose que le produit d'une surirritation de la par-

tie où se déclare la mortification. Je ne vois donc ici qu'un fait d'anatomie pathologique éclairci par les travaux de Laennec, et nullement une maladie nouvelle, faite pour augmenter les cases d'un traité de nosologie physiologique. Au surplus, on peut lire avec profit les détails dont il l'accompagne sur le tintement métallique et la résonnance amphorique. On y apprendra à reconnaître le mal, mais non à le guérir, ni surtout à le prévenir.

La *péripneumonie chronique* est fort rare, selon Laennec, et il me trouve ridicule de l'avoir crue commune. Cependant il reconnaît son existence autour des foyers fistuleux qui suivent les escares du poumon, à la suite des grandes hémoptysies qu'il attribue à l'apoplexie pulmonaire, entre les tubercules, dans les parois des excavations qui résultent de leur détritus; il la reconnaît à des granulations semblables à celles de la pneumonie aiguë, mais un peu plus sèches. En voilà bien assez, et de son propre crû, pour prouver que cette pneumonie n'est rien moins que rare, et l'on doit s'étonner de l'avoir entendu ailleurs attribuer constamment à des tubercules les phthisies qui succèdent aux grandes hémoptysies. En effet, pourquoi, si l'hépatisation de ces hémorrhagies peut se prolonger en pneumonie chronique, ne donnerait-elle pas des excavations purulentes indépendantes de tubercules préexistans? Laennec, d'ailleurs, n'a-t-il pas admis des abcès pulmonaires par vingtaines? un abcès du poumon ne peut-il pas être une cause de consomption? Malheureusement cet homme manquait souvent de mémoire, ou plutôt de puissance de rapprochement; ce qui l'empêchait souvent de voir toutes les conséquences des faits qu'il rapportait. Mais les faits restent; ils portent leurs fruits, et les fausses conclusions tombent bientôt dans la stérilité.

Nouvelle preuve du faux esprit de notre auteur; il ne s'est point aperçu que ses hépatisations grises et jaunes rentrent souvent, et fort souvent, dans les pneumonies chroniques. Ne l'ayant point senti, cet auteur admet ici, comme choses différentes de ces hépatisations, des pneumonies chroniques qui ne sont que la prolongation de pneumonies aiguës, *rendues chroniques* par le défaut ou le vice du traitement. Il en a vu, de deux mois et demi de durée, à l'état d'engouement, tendant à se changer en œdème; plus, il a vu des cas semblables, offrant des points fort durs, quelquefois épars, qui pouvaient même suppurer.

Après avoir lu tout cela sans distraction, on tombe des nues en se rappelant que les pneumonies chroniques ont été déclarées rares par Laennec; et l'on éprouve un sentiment de pitié à l'aspect des efforts inutiles qu'il fait pour séparer une foule de choses qui sont liées par une frappante identité de nature; en un mot, dans l'espoir de faire de quelques nuances d'une même affection des entités essentiellement différentes, et de son invention.

C'est d'après le même esprit qu'il sépare les pneumonies chroniques avec sécrétion tuberculeuse, de toutes les autres, pour leur donner la dénomination de *phthisies pulmonaires*. Mais comme il s'en occupera bientôt *ex professo*, nous attendrons ce moment pour développer notre opinion tout entière.

Les *péripneumonies latentes* et *symptomatiques* sont réunies dans le même article. On en peut trouver de latentes simples, pour le diagnostic desquelles le stéthoscope est précieux. Mais l'auteur s'appesantit particulièrement sur celles qui surviennent pendant le cours d'autres maladies. Il répète des pneumonies ce qu'il a dit plus haut des catarrhes : elles se joignent aux autres maladies du poumon; et il cite les engorgemens hémoptoïques, les œdèmes du poumon, les congestions sanguines des agonisans et les catarrhes. On voit que la passion des entités le jette dans les doubles emplois. Pourquoi avoir distingué l'hépatisation des hémoptoïques d'avec les péripneumonies, puisqu'il est obligé maintenant de les y réunir? Il fallait dire que ces congestions sont inflammatoires, mais qu'elles peuvent donner une hémorrhagie comme toutes les autres inflammations; il fallait indiquer les circonstances qui favorisent cette excrétion, et montrer, s'il était possible, pourquoi si rarement l'hémorrhagie se trouve le remède de la congestion.

Même raisonnement à faire sur toutes les autres complications pulmonaires. Il devait s'essayer aux rapprochemens plutôt que de travailler à la dissociation. En effet, une congestion est ou sanguine ou œdémateuse dans les parenchymes, suivant son degré d'intensité et de rapidité de formation, et suivant l'état actuel de la masse sanguine du patient, etc. On en peut dire autant des congestions des agonisans.

Quant aux catarrhes, l'auteur annonce d'abord que la pneumonie répugne à s'y associer, et cela lui paraît au point qu'il serait tenté de considérer le catarrhe comme un préservatif de la péripneumonie. Cette idée m'avait d'abord séduit, quoique j'eusse mille fois observé le contraire; mais j'ai toujours l'habitude de me méfier de moi-même. Je me disais : Pourquoi l'auteur n'aurait-il pas raison? L'excrétion muqueuse n'est-elle pas une voie ouverte à la résolution des congestions sanguines? n'est-elle pas un moyen de leur enlever la constriction nécessaire à la formation de toute phlegmasie? Je continue donc ma lecture; mais voilà que les exceptions de Laennec se multiplient à tel point que mon explication ne m'inspire plus la même confiance. En effet, j'ai vu, non sans surprise, que la première exception était pour les catarrhes aigus, ce qui est immense; que les catarrhes pituiteux chroniques étaient les seuls auxquels il osât assigner la vertu antipéripneumonique, encore avec le correctif d'un *peut-être*, et de plus avec l'expresse condition qu'ils ne rentreraient pas dans le catarrhe suffocant des jeunes gens... et des adultes; et qu'ils ne siégeraient pas chez ceux qu'une fatale prédisposition expose aux péripneumonies, et qui en ont jusqu'à deux ou trois par an. Oh! pour le coup, la mesure m'a paru comble! je me suis senti convaincu, par mon auteur lui-même, que les exceptions surpassaient de beaucoup la règle, et j'ai compati plus que jamais au sort des médecins qui vivent sous la tyrannie des entités nosologiques.

Mais ce n'est pas là tout : je vois dans cet article non seulement que cette péripneumonie chronique, naguère si rare, existe avec le titre de latente chez les phthisiques, dans les intervalles des tubercules, mais qu'elle se joint encore aux vieilles gouttes et aux rhumatismes dont notre logicien fait des affections générales; on la rencontre *aiguë* dans les *fièvres éruptives* et dans les *fièvres graves*, où elle se trouve masquée par les symptômes de la maladie (et moi j'ajoute qu'elle reste souvent chronique à la suite de ces maladies, surtout des éruptives); elle donne la variété *péripneumonique* des fièvres pernicieuses; en un mot, et définitivement, l'inflammation, tant aiguë que chronique, du parenchyme pulmonaire est une des maladies les plus fréquentes de l'espèce humaine.

Telle est la conclusion que l'on est forcé de tirer des recherches de Laennec; toutefois je la crois beaucoup trop générale et absolue : encore une fois,

cet homme et tous ceux de son école ont jugé du monde entier par la capitale de la France : mais il s'en faut de beaucoup que les maladies du poumon soient pour les pays méridionaux ce qu'elles sont pour les latitudes septentrionales. Mais Laennec aimait à parler en législateur. Nous en aurons bien d'autres preuves.

Le but de cette énorme multiplication des péripneumonies *latentes* est évident; il s'agit de rehausser l'importance du stéthoscope en prouvant que ces maladies cessent d'être latentes pour ceux-là seuls qui savent s'en servir.

Le *traitement* est le point principal dans la théorie de toute maladie : l'auteur rend un compte fidèle de tous les moyens employés, mais c'est pour faire admettre celui qu'il préfère. Il ne voit la saignée, dans la péripneumonie, que comme la voyaient les anciens, un moyen de déplétion générale par l'ouverture des grosses veines. Ses vues sont assez sages sur ce point; mais il ne mentionne pas plus les saignées locales que si personne n'en eût parlé. Il ne s'est donc pas douté qu'un écoulement continu par des piqûres de sangsues était, de tous les moyens, le plus propre à terminer promptement les péripneumonies lorsqu'on peut y avoir recours près du début. Il se fie peu à la *méthode dérivative*, c'est-à-dire aux vésicatoires, et défend de les appliquer sur la poitrine : s'il s'en sert, il les place au loin. Cependant nous avons vu et revu, dans une foule de cas, les vésicatoires procurer des guérisons en quelques heures, étant appliqués tout près du point malade; mais il est nécessaire que d'abondantes émissions sanguines aient précédé.

On sait que certains médecins se figurèrent jadis que les alkalis devaient dissoudre le sang dans les veines et le liquéfier, comme on les voit agir dans un vase inerte. Ils conçurent donc le projet de détruire par ces agens la *viscosité inflammatoire*, et donnèrent les alkalis sans se soucier de l'effet qu'ils pourraient produire sur les parois de l'estomac. Laennec ne s'en est pas mis plus en peine qu'eux. Il se contente de dire qu'il a trouvé ces remèdes de nul effet sur la péripneumonie. La tendance de cet auteur à braver les excitans est chose digne d'attention; cet esprit de bravade, dans l'emploi des médicamens héroïques, contradictoire à nos observations, subsiste encore dans la secte qu'il a laissée.

La méthode évacuante, soit par les lavemens laxatifs, soit par les purgatifs et les vomitifs ingérés, a fait merveille, suivant l'auteur, dans les complications bilieuses, entre les mains de Stoll, Corvisart, Finke et autres; mais on ne voit plus de ces constitutions bilieuses, ou du moins elles sont si rares, que cette pratique ne procure plus de grands succès. Ne serait-on pas tenté de croire que Laennec a mis ici de l'ironie? cependant il était de bonne foi; il aimait mieux supposer des changemens occultes dans les influences atmosphériques, qu'avouer les immenses progrès que l'on a fait depuis peu d'années dans le diagnostic et le traitement des maladies inflammatoires.

La *méthode tonique* a bien ses avantages, aux yeux de notre auteur, dans certaines épidémies de pneumonies adynamiques. (Voyez notre réfutation de Pinel.) Elle a réussi en Allemagne. Il la croit surtout utile chez les vieillards et les sujets cachectiques et débilités, particulièrement vers la fin, après la période de suppuration, lorsque la résorption se fait attendre et que la fièvre est tombée. L'auteur a vérifié tout cela en 1814, à Paris. Ces grands succès, vaguement rapportés, le plus souvent sur la foi d'un nom qui ne fait point ombrage, soit parce qu'il est éloigné, soit parce qu'il n'existe que dans l'histoire, ne séduiront plus désormais que des esprits superficiels. Rapportez-moi vos histoires quand vous voulez me convaincre de l'utilité d'un moyen que ma raison réprouve. Laennec dit s'être convaincu que le kina est le meilleur moyen dans la gangrène du poumon, et qu'il a obtenu de grands succès en donnant le sulfate de kinine à dix-huit grains par jour pendant plus d'un mois. Conférez ces assertions, d'une part avec le petit nombre de cas de gangrène des poumons qu'il confesse ailleurs avoir rencontrés, et de l'autre avec la difficulté du diagnostic de ces gangrènes avant la nécroscopie, et croyez si vous pouvez. C'est avec de vagues préceptes généraux donnés d'un ton affirmatif, et avec de fausses observations, qu'on retarde les progrès de l'art de guérir.

La *méthode altérante* marche à la suite de la tonique. L'auteur ressuscite un vieux mot, inusité de nos jours, par lequel on désignait l'action inconnue de certains médicamens qui agissent sur les maladies et les guérissent sans provoquer aucune évacuation supernormale. « On les opposait, dit-il, aux engorgemens chroniques des viscères qu'on appelle obstructions; mais, moi, j'ai remarqué qu'on leur assignait surtout la propriété gratuite d'agir en changeant l'état du sang. » Il les regarde comme des stimulans du système lymphatique. Mais cette action n'est, selon lui, que conditionnelle : les alkalis, les sels neutres, les purgatifs à dose incapable de purger, la scille et l'antimoine, qu'on dit béchiques, ou remèdes de la toux, le calomel, le mercure soluble, sont des excitans qui, déposés dans l'estomac, agissent sur l'organe le plus disposé à recevoir leur influence, et peuvent également provoquer ou suspendre des évacuations, d'où résultent des changemens des solides et des fluides.... C'est fort bien; mais il est utile de noter que certaines de ces substances ont déjà figuré parmi les fondans, parmi les évacuans, etc., et qu'elles vont reparaître sous un autre titre.

Il s'agit ensuite du *tartre stibié à haute dose*, dont l'emploi est qualifié du nom de méthode, sans être rapporté à l'une des précédentes. L'auteur donne l'historique de cette médication et la fait remonter à Rivière, qui donnait le tartre stibié à dose vomitive, tous les jours ou tous les deux jours dans les péripneumonies. Le kermès parut ensuite comme *béchique*, entre les mains des praticiens, après avoir été *altérant;* Rasori remit l'émétique en vogue, mais à doses telles qu'il n'agissait plus comme vomitif. Laennec expose sa méthode propre; il en donne de seize à dix-huit grains par jour dans l'infusion de feuilles d'oranger, et si l'effet purgatif est trop fort il y joint l'opium. Un grain toutes les deux heures, six fois dans la journée, est à peu près sa manière, après une légère saignée; car il accorde à Rasori que plus le sujet est fort et pléthorique, plus la médication est efficace. En cas d'état avancé ou d'opiniâtreté, il augmente jusqu'à deux grains et demi pour chaque prise, sans augmentation de la quantité du véhicule. Il avoue que le tube digestif est surirrité; mais il ajoute que, malgré cela, des succès remarquables ont couronné ses tentatives. Il a rarement rencontré des malades qui n'acquissent pas la *tolérance*. Si quelque sujet rebelle s'avisait de trop souffrir des six premiers grains, l'intrépide praticien lui en faisait prendre neuf le lendemain, et, devenu plus tolérant, le patient les supportait à merveille. Quelquefois, ajoute-t-il, au bout de vingt-quatre ou vingt-huit heures, ils sont sauvés; mais la résolution est souvent longue à

terminer, et le médicament ne doit pas être interrompu malgré le retour de l'appétit. Des malades en ont pris jusqu'à dix, douze, et même dix-huit grains par jour, en mangeant la ration ordinaire. Dès qu'on a obtenu de l'amélioration, on peut compter sur un succès non traversé par des rechutes, si l'on a le courage de persévérer, tandis qu'on a souvent observé jusqu'à cinq et six exacerbations dans le traitement par les saignées.

L'auteur donne après cela le résultat de sa pratique par cette méthode : il ne compte qu'un mort sur vingt-huit péripneumonies. Mais pour ces grands succès, il ne faut pas de complication pleurétique, car l'émétique agit peu sur les phlegmasies séreuses; et si Rasori lui-même n'a pas obtenu de pareils triomphes, c'est qu'il ne savait pas exclure de ce traitement les cas de pleurésie. Eh ! comment l'aurait-il su, puisque personne ne peut s'y reconnaître que par l'usage et la grande habitude du stéthoscope!...

J'ai rendu mon auteur avec fidélité : la question en vaut la peine; car si les succès de la superémétisation sont tels qu'il les annonce, d'où vient que cette pratique, loin de séduire les médecins de notre capitale, qu'il a rendus témoins de tous ces prodiges, a tant perdu de son crédit depuis qu'il n'est plus là pour la soutenir?

J'avoue qu'ayant observé souvent de funestes superstimulations de l'estomac par l'émétique donné à dose vomitive, je ne pus d'abord vaincre la répugnance que m'inspirait la méthode rasorienne. Je déclarai que je considérais la surémétisation comme une révulsion exercée sur la muqueuse gastrique, et que les résultats ne pouvaient qu'en être fâcheux toutes les fois que cette membrane se trouverait dans un état de surexcitation. On continua les expériences sans en avouer tous les résultats; mais on vit par le silence des praticiens, et par la timidité qu'ils mettaient à proposer la méthode dans les consultations, que ses partisans étaient loin de se multiplier. Seulement de temps à autre on rapportait quelques guérisons de péripneumonies rebelles que l'on avait surémétisées en désespoir de cause, les malades paraissant près de l'agonie. J'avais pris aussi sur moi d'essayer cette méthode dans les mêmes cas; mais je n'avais point été heureux. Enfin l'hiver de 1831 ayant beaucoup multiplié les congestions pulmonaires au Val-de-Grâce, je résolus de savoir à quoi m'en tenir. Je revins à la potion stibiée, administrée suivant la méthode de Laennec. J'y insistai dans un grand nombre de cas, et mon opinion s'est formée.

Oui, l'émétique donné à un grain, toutes les trois heures, irrite l'estomac et les intestins dans les péripneumonies fébriles. Le plus grand nombre des malades vomit; d'autres ont plusieurs selles; d'autres éprouvent les deux évacuations; de ceux qui ne les ont pas, les uns suent, si les circonstances sont favorables, et d'autres ont des urines plus copieuses qu'à l'ordinaire. Quelques-uns n'offrent d'abord aucune évacuation : parmi ceux-ci les uns vont bien et les autres mal. Ceux dont l'état s'améliore ne tardent pas à avoir ou des urines ou des sueurs; ceux qui empirent tombent dans les angoisses de la gastrite avec suspension de toute excrétion, état parfaitement connu des observateurs physiologistes. Ces derniers périssent d'ordinaire en un ou deux jours, et l'ouverture montre une horrible gastrite, avec ou sans induration péripneumonique, souvent sans induration; car la révulsion sur les parois de l'estomac est alors complète; de sorte qu'au lieu de mourir de péripneumonie, comme l'apparence d'agonie le faisait craindre avant l'emploi des remèdes, le malade meurt de gastrite.

Parmi ceux chez qui l'émétique provoque des vomissemens et des selles liquides et copieuses (et ces derniers sont les plus nombreux d'après mon observation), on en voit qui guérissent, et même avec une promptitude qui surprend. J'ai vu des agonisans qui demandaient à manger le lendemain de la surémétisation; mais j'en ai vu encore davantage qui, après avoir été soulagés de la respiration, se trouvent dans un état de gastro-entérite complète, qui se termine chez les uns par la guérison définitive au moyen du traitement approprié; chez les autres par la mort, soit dans l'état aigu, soit dans le chronique. Ainsi l'excitation des sécréteurs et les évacuations les plus copieuses, qui souvent, je dois l'avouer, dégorgent puissamment le parenchyme pulmonaire et les bronches, ne préservent pas les malades de la surexcitation de la muqueuse des voies digestives, et des conséquences définitives les plus funestes, si cette surexcitation est mal conduite.

Voilà des faits constatés; j'en suis certain, car ils l'ont été par moi. Laennec parle de gens qui prennent jusqu'à dix-huit grains d'émétique par vingt-quatre heures, avec la ration complète d'alimens, et qu'il a tenus à ce régime pendant plusieurs jours pour achever la résolution de l'inflammation pulmonaire. J'avoue que je n'ai point vu cela; toutes les fois que la résolution m'a paru commencée et soutenue pendant deux ou trois jours, j'ai renoncé à l'émétique, aimant mieux m'en rapporter à la nature, ou l'aider avec un révulsif extérieur, que de faire courir aux malades les chances d'une surexcitation dont les effets peuvent se prolonger une grande partie de la vie, comme je l'ai vu dans mes consultations particulières sur de nombreux malades, traités plusieurs années auparavant par la méthode rasorienne.

D'après ces faits, je persiste dans l'opinion que le premier je manifestai, en France, sur les guérisons par la superémétisation rasorienne : ces guérisons ne sont dues qu'à une forte stimulation des voies gastriques, suivie de sécrétions diverses; le plus grand nombre des malades court des dangers lorsqu'on les y soumet; tous ceux chez qui la gastrite ou la gastro-duodénite, compagnes assez ordinaires de la péripneumonie aiguë, sont intenses et n'ont pas été suffisamment combattues, n'acquièrent point la tolérance, et peuvent succomber en fort peu de temps à la surirritation de la muqueuse du tube digestif.

Quant à cette absorption interstitielle, admise par Laennec pour expliquer l'effet du tartre stibié sans recourir à la révulsion, je la regarde comme une véritable escobarderie. Eh ! n'a-t-elle donc pas également lieu, cette absorption interstitielle, toutes les fois que s'opère un déplacement de l'inflammation? C'est sa cause déterminante qu'il faut chercher : or, nous la trouvons ici dans une forte stimulation de l'estomac et des intestins, comme nous la rencontrons dans une rubéfaction de la peau, lorsque nous obtenons le même résultat par un sinapisme. C'est vouloir se jouer du bon sens des physiologistes que de leur dire que l'émétique agit sur l'absorption interstitielle directement, sans surexciter la surface muqueuse qui lui sert de réceptacle. Un semblable langage s'explique dans la bouche d'un homme que la découverte de la gastrite, faite par une autre école que la sienne, rendait injuste; mais tous les observateurs à sens droit et sans prévention ne feront aucun cas de cette assertion ridicule.

J'abandonne Laennec faisant essai de plusieurs autres médicamens actifs à énormes doses, pour éprouver la doctrine du contre-stimulus, et je le reprends, occupé des *productions accidentelles des poumons*.

Des productions accidentelles, développées dans le poumon.

L'auteur entend, par productions accidentelles, toutes les substances étrangères à l'état normal que diverses altérations de la nutrition peuvent développer dans nos organes. Celles qu'il a eu occasion de rencontrer dans les poumons sont : 1°, les *kystes* proprement dits ; 2°, *les kystes contenant des vers vésiculaires ;* 3°, *les masses fibreuses, cartilagineuses, osseuses, ostéo-pétrées* ou *crétacées ;* 4°, *les tubercules ;* 5°, *le cancer,* qu'il nomme *encéphaloïde* ou *matière cérébriforme ;* 6°, celui qu'il appelle *mélanose*.

La définition qui embrasse ces six genres de lésions est bien vague : il les explique par des altérations de la nutrition ; mais presque toutes les lésions organiques en dépendent, sans en excepter aucune de celles que Laennec rapporte à l'inflammation, c'est-à-dire la plupart de celles qu'il a décrites dans les sections précédentes. Il s'agit de trouver la cause qui pervertit la nutrition ; car la nutrition n'est qu'une fonction, et une fonction ne se dérange pas d'elle-même.

L'auteur donne l'idée des signes communs, sous le rapport de l'auscultation, à toutes ses productions accidentelles. Les symptômes sont toujours les mêmes dans le début, et se réduisent à une dyspnée proportionnée au volume de la tumeur, et à une toux plus ou moins forte, tantôt sèche, et tantôt à expectoration variable, point encore d'altération de la nutrition. Elle ne paraît, selon l'auteur qu'à l'époque du ramollissement. Quant à la percussion, elle ne peut rien indiquer dans le début; car il faut qu'une tumeur ait au moins le volume d'un œuf pour produire une absence de son que la percussion puisse saisir. Cela est au point que, toujours suivant notre auteur, un poumon rempli de tubercules, au point d'avoir un tiers de poids de plus que l'autre, peut paraître aussi perméable à l'air que s'il n'était point malade, pourvu que la substance du parenchyme interposée entre les tubercules ne soit pas hépatisée ou infiltrée de quelque matière capable d'empêcher la pénétration de l'air.

Voilà des déclarations conformes à la raison, parce qu'elles sont fondées sur le témoignage des sens. C'est à nous d'en prendre acte et d'en tirer parti. Il en résulte que l'on ne peut obtenir, pendant la vie, de certitude sur la nature des productions accidentelles qui pourraient se former dans les poumons, et que, par conséquent, nul ne peut affirmer, avant la nécroscopie, l'existence des corps étrangers dans les poumons, à moins qu'il n'en ait découvert des échantillons dans les matières expectorées.

On nous dit que ce n'est qu'à l'époque du ramollissement des productions accidentelles que la nutrition est en souffrance ; mais ne nous a-t-on pas dit que les productions accidentelles étaient l'effet d'un vice de la nutrition ?

L'auteur s'occupe sans délai des tubercules du poumon, et les donne comme synonymes de la phthisie pulmonaire. C'est l'assertion de Bayle, que nous avons vue plus haut et que j'ai relevée. Elle nous fait voir combien l'hypothétique diffère du démontré.

Laennec veut que la *matière tuberculeuse* se développe dans le poumon et dans les autres organes sous deux formes principales : 1°, sous celle de corps isolés qui présentent les variétés principales, les tubercules miliaires, les tubercules crus, les granulations tuberculeuses, et les tubercules enkystés; 2°, sous celle d'infiltration tuberculeuse, offrant également trois variétés : l'infiltration tuberculeuse informe, la grise et la jaune. Du reste, les variétés ne font rien au fond de la chose : l'idée de Laennec est que la matière tuberculeuse se forme dans le sang par un vice de la nutrition, et qu'elle est déposée dans le parenchyme des poumons, indépendamment de tout mouvement inflammatoire. Cette formation et cette déposition sont purement supposées. Aucun sens ne les constate, et l'induction tirée des faits relatifs à la phthisie pulmonaire n'y conduit que les médecins qui ont l'habitude d'admettre les opinions sur parole, ou qui ont un goût décidé pour les hypothèses.

Tout ce qui est fait d'anatomie pathologique, concernant les tubercules et les désorganisations qu'on y voit associées, est bien décrit par l'auteur ; mais quand on le voit faire venir les divers tubercules par éruptions primitives, secondaires, ternaires, qui se font par étages et du haut vers le bas, sans qu'on en puisse donner aucune raison plausible, on reconnaît l'hypothèse accommodée à des vues particulières. Il n'est pas vrai que les tubercules débutent toujours par le sommet des poumons. Je les ai vus se propager de la base vers le sommet, et de la plèvre primitivement attaquée vers le fond du parenchyme.

J'ai observé les phthisiques aussi long-temps que Laennec, et j'en observe encore depuis qu'il n'existe plus. Or, j'ai toujours remarqué que la gastro-entérite chronique se développe dans le progrès de la désorganisation pulmonaire, et qu'à sa suite venaient les dégénérations tuberculeuses du mésentère, d'ailleurs absolument analogues à celles que l'on rencontre lorsque cette même gastro-entérite n'est point accompagnée d'affection pulmonaire. Eh bien ! Laennec n'entend pas cela ; il veut que ces tubercules soient l'effet d'une des dernières éruptions de la matière tuberculeuse ; et lorsque les malades ont souffert du tube digestif avant de souffrir des poumons, c'est parce que les premières éruptions, destinées à les immoler un jour, se sont faites dans le bas-ventre au lieu de se faire dans la poitrine. C'est donc toujours l'hypothétique et l'imaginaire.

Notre auteur décrit bien toutes les altérations pulmonaires, compagnes des tubercules ; et quant à l'induration ou l'hépatisation rouge, il fait dépendre de ces corps l'inflammation qui l'a produite, et ne tient aucun compte des divers degrés d'irritation que les bronches ou la plèvre ont pu souffrir comme cause des tubercules. M. le docteur Bazignan a provoqué des sécrétions tuberculeuses dans les poumons de plusieurs animaux en injectant dans les bronches des gaz irritans. Ce fait serait décisif pour un homme de bonne foi ; mais Laennec, au lieu de s'y rendre ou de le discuter, prend le parti de le nier avec assaisonnement de quelques sarcasmes sur l'*irritation*. Son organisation cérébrale ne lui a pas permis de prendre une juste idée de ce phénomène, quoiqu'il en ait bien cherché la définition dans les ouvrages des physiologistes. Il n'a pas même pu la trouver dans les deux premières éditions de l'*Examen*. Voilà la prévention. Nous n'ennuyerons pas le lecteur en recherchant les motifs : contentons-nous de remarquer que le mot est tellement nécessaire main-

tenant aux théories médicales, que ceux qui n'en connaissent pas la valeur ne peuvent traiter une question quelconque de pathologie sans débiter des absurdités.

C'est ce qu'on peut vérifier en lisant Laennec lorsqu'il se demande *si les tubercules sont un produit de l'inflammation;* en effet, lorsqu'il croit avoir prouvé la négative, il n'a plus aucun moyen de les expliquer, s'étant privé de la ressource de l'irritation; ce qui le réduit à admettre les éruptions hypothétiques, spontanées, dont je viens de parler. Mais voyons comment il traite ici la question de l'inflammation par rapport aux tubercules.

Il affirme que la pneumonie chronique ne saurait la produire, parce que la phthisie est rare à sa suite; et comme on peut lui répondre que cela est faux, il ajoute que lorsque la phthisie succède à la pneumonie chronique, on peut aussi bien dire que les tubercules en étaient indépendans, et qu'ils l'ont simplement prolongée, que soutenir qu'ils en étaient le produit. On peut voir notre réfutation des anatomo-pathologistes du grand Dictionnaire, aussi bien que celle de Bayle, où je prouve que les mêmes tempéramens qui sont tuberculeux dans le nord ne le sont pas dans le midi. Rappelez-vous aussi les inductions que j'en ai tirées sur l'irritation subinflammatoire des tissus lymphatiques, sécréteurs, exhalans, absorbans, laminaires, etc., etc. Mais que répondre à des hommes qui nient les faits chaque fois que les tortures qu'ils leur ont fait supporter ne suffisent pas pour remplir leurs vues ?

La matière tuberculeuse ne saurait être comparée au pus, dit *Laennec;* car le pus enlevé se régénère, ce qui n'arrive pas à cette matière.... Aucun des nôtres n'a dit que les tubercules fussent du pus semblable à celui du phlegmon, mais seulement un produit, ou, si l'on veut, une sécrétion morbide de certains de nos tissus en état prolongé d'irritation.

Toute l'argumentation de Laennec roule sur ce point que la pneumonie chronique, telle qu'il l'a décrite plus haut, ne ressemble point aux tubercules. Mais il est clair que la différence de leurs formes d'altérations organiques ne prouve pas que l'une et l'autre ne puissent ou dépendre de la même cause, par exemple l'action du froid (qui détermine aussi bien des phlegmasies séreuses, des hydropisies, des ganglionites, des névrites, que des phlegmons), ou même se provoquer et se remplacer mutuellement.

L'auteur demande ensuite si les tubercules sont l'effet du catarrhe. Il le nie, comme de raison, se fondant sur ce que certaines personnes supportent des catarrhes pendant une longue vie sans devenir phthisiques; c'est-à-dire, selon lui, sans contracter des tubercules dans les poumons; et sur ce que d'autres sujets, qui n'ont jamais éprouvé de catarrhes, deviennent tuberculeux et phthisiques. Nous ne prétendons pas nier ces deux faits; mais prouvent-ils l'indépendance absolue des deux maladies? si les tubercules peuvent causer le catarrhe, comme Laennec en est convenu plus haut, pourquoi l'irritation du catarrhe ne pourrait-elle pas provoquer des tubercules? L'afflux du sang, causé par la présence des tubercules, est l'effet d'une irritation, comme l'auteur le dit plus bas, et cette irritation devient ainsi une cause de pneumonie et de catarrhe. Qui donc empêcherait que l'irritation des bronches en proie au catarrhe ne se transmît aux tissus aréolaires, ganglionnaires, lymphatiques, qui sont le siége des tubercules, et n'en déterminât la sécrétion? L'un me paraît aussi naturel que l'autre : il ne faut, pour cela, qu'admettre la prédisposition. Mais elle entre dans l'étiologie de toutes nos affections, et n'est nullement bornée à celle de la phthisie.

« Malheur à l'homme qui s'enrhume, pour la première fois, entre vingt et soixante ans. » Je le crois avec Laennec; mais c'est un fait qui n'infirme pas la possibilité de la transmission de l'irritation désorganisatrice des bronches aux tissus sujets à sécréter des tubercules. Ce fait démontre seulement que ces productions peuvent être déterminées par plusieurs genres de causes.

C'est ici que l'auteur nie les expériences du docteur Bazignan, et fait entendre que lui et moi avons pris des suppurations pulmonaires pour de la matière tuberculeuse. Faible ressource que celle d'un insolent démenti contre des faits bien constatés. J'ai vu les pièces, et je puis affirmer que les poumons dont M. Bazignan avait irrité les bronches contenaient de la matière tuberculeuse parfaitement semblable à celle des poumons des phthisiques.

Voilà pour les irritations de la surface interne des bronches, et tout le monde connaît, par les expériences de M. Flourens sur les poulets, l'influence du froid sur la production de la matière tuberculeuse dans les poumons. Personne n'ignore non plus que les animaux habitués aux chaleurs équatoriales deviennent tuberculeux dans nos ménageries. De pareils faits, rapprochés de ceux que j'ai déjà cités, ne montrent-ils pas assez que cette matière n'est sécrétée à l'intérieur que parce que les sécrétions extérieures se trouvent en moins? et ce changement d'action ne se range-t-il pas de lui-même parmi les irritations, surtout lorsqu'on observe qu'il y a pareille sécrétion par l'irritation opiniâtre des bronches? Que nous voulait donc Laennec, et que nous veulent encore ses adhérens en cherchant à ridiculiser l'irritation dans le but de lui substituer un vague qui ne conduit ni à la thérapeutique, ni même à la prophylaxie? C'est un progrès que nous faisons faire à la science : quelle manie que celle de travailler sans cesse à l'empêcher d'en jouir!

La *pleurésie* n'a pas plus que les autres formes de l'inflammation pulmonaire le privilége de produire des tubercules. Croire le contraire, c'est être absurde, et M. Broussais est de ce nombre... Ainsi notre entêté ne croyait pas ce que j'ai vu : des pleurites chroniques avec collection, réduisant le parenchyme à la moitié de son volume, dans lesquelles on pouvait faire la remarque suivante : plèvre épaissie et blanche sur le parenchyme; derrière cette plèvre, ce parenchyme induré, mêlé d'hépatisation rouge et de matière tuberculeuse jusqu'à la profondeur de deux et trois pouces. Point de tubercules, point d'hépatisation au-delà, ni dans le poumon opposé. Plus on s'éloignait de la séreuse, plus l'hépatisation et la matière tuberculeuse diminuaient: commémoratif apprenant que l'état morbide a débuté par une pleurésie aiguë. A cet aspect, je dis que l'irritation prolongée dans la membrane séreuse s'est répétée dans le parenchyme, et y a déterminé les deux formes d'altérations susdécrites. Ai-je tort? faut-il croire, avec Laennec, que la matière tuberculeuse, sécrétée par une puissance inconnue d'éruption, a produit l'hépatisation et la pleurite en exerçant une irritation à proximité de cette membrane, et faisant là l'office d'une épine de Vanhelmont?

Je veux bien admettre cette irritation, qu'il a calquée sur celle à laquelle j'ai attribué la production de la pleurite par le catarrhe, mais pour les cas seulement où l'irritation du parenchyme aura précédé celle de la plèvre. Mais voici le moment de remarquer que Laennec, qui n'avait pas trouvé

dans nos ouvrages la définition de l'irritation, la définit, à l'occasion des pleurites, dans les termes que nous avons nous-mêmes employés; après avoir déclaré que, puisque nous ne lui en avons donné aucune idée, il est forcé de la supposer telle que toutes les écoles médicales l'entendent. Or, nous avons vu plus haut de quelles manières diverses les écoles avaient entendu ce mot. Assurément aucune ne lui a donné le sens que lui donne ici Laennec, qui n'en parle que d'après nous. S'il ne lui accordait pas la puissance de produire des tubercules, ce n'était donc pas faute de nous avoir compris; mais il pouvait, dira-t-on, nier notre explication sans donner faussement notre découverte pour une chose connue de tout le monde. Sans doute il le pouvait; il ne fallait pour cela que de la bonne foi. Il est absurde de dire, suivant Laennec, qui redevient ici notre opposant, que l'inflammation d'un organe se termine dans un autre. Cette assertion est d'un homme tellement en arrière de l'état actuel de la science, que nous ne prendrons pas la peine de la réfuter.

Autre argument : la pleurésie ne pourrait provoquer des tubercules dans le parenchyme, parce que la collection qu'elle produit tend à le déprimer et à l'atrophier, par conséquent à y détruire l'irritation que l'on suppose la cause des tubercules. Cette objection est une hypothèse spécieuse; mais les faits déposent contre elle, comme nous venons de le démontrer. On conçoit en effet que l'irritation pleurale ne soit pas de nature à accumuler les fluides à l'excès, quoiqu'elle soit assez forte pour provoquer des tubercules. Peut-être même ne les produit-elle que lorsqu'elle est modérée. De plus, on est conduit à admettre qu'il y a souvent dans le parenchyme une autre irritation qui s'oppose à l'extrême dépression. Cela même est d'autant plus probable que la très grande majorité des pleurésies est précédée de bronchite ou de pneumonie dont l'irritation traverse le parenchyme et vient effleurir à sa surface externe ou postérieure, dans le tissu de la plèvre. Quoi d'étonnant, après cela, que l'irritation tantôt prédomine dans le parenchyme, et y produise des indurations ou des abcès qui s'ouvrent dans le foyer pleurétique. tantôt demeure plus intense dans la plèvre et dans la portion du parenchyme qui la touche, et finisse par y développer induration et sécrétion tuberculeuse? Toutes les marches, toutes les directions s'observent dans les mouvemens de l'irritation; et n'en admettre qu'une, c'est être exclusif et prévenu.

Lorsqu'ont lieu les perforations du parenchyme dans la plèvre, Laennec reconnaît encore qu'il y a irritation de cette membrane, et il en fait une autre cause de pleurésie. Il explique les excavations formées dans le poumon, et venant s'ouvrir dans la plèvre par une fonte de tubercules. C'est un pas de fait; car autrefois les siens supposaient que toutes les vomiques n'étaient que des collections pleurétiques qui se faisaient jour par les bronches au moyen d'une fistule, et ils ne parlaient point d'un foyer de suppuration coexistant dans le parenchyme. Ils semblaient supposer une faculté perforative au liquide de la pleurésie. Je relevai cette erreur dans *l'Histoire des phlegmasies*, et je fis voir que, pour que le produit d'une pleurésie se fît jour par les bronches, il fallait que le parenchyme, en partie déprimé, fût attaqué d'une phlegmasie qui y produisit un dépôt. Laennec attribue ensuite la cavité de ce parenchyme à des fontes de tubercules. Voilà la différence : elle vient de la répugnance pour les phlegmasies pulmonaires.

Ainsi voilà deux modes d'irritation admis par lui : 1°, l'irritation exercée dans le parenchyme, et même dans la plèvre par les tubercules; 2°, l'irritation de cette même plèvre par les épanchemens du pus d'un foyer pulmonaire qui perce cette membrane. Quant au mode de perforation, l'inflammation n'y entrera pour rien : ce sera la matière tuberculeuse qui agira, car cette matière opère des prodiges.

Croyant ou supposant avoir prouvé que l'inflammation ne saurait produire des tubercules; refusant, d'autre part, de les attribuer à l'irritation, mot qu'il ne déteste pas moins que ceux de *médecine physiologique*, Laennec prend le parti d'attribuer ces *productions étrangères à une aberration de nutrition inconnue dans son essence.* Cette chose lui paraît beaucoup plus claire que les voyages de l'irritation, mot que l'on prend, selon lui, dans un sens en quelque sorte plus vague que celui de cause.

Les raisonnemens qu'il a faits s'appliquent, assure-t-il, comme l'a démontré Bayle (dont nous avons examiné la faculté démonstrative), à diverses affections générales et locales, accusées aussi de produire la phthisie, tels que la syphilis, la coqueluche, le scorbut, les maladies éruptives; c'est-à-dire que tout cela ne peut que hâter le germe des tubercules déjà existans. Après avoir posé cela, l'auteur concède, avec un *peut-être,* que ces maladies peuvent *quelquefois* déterminer le développement des tubercules, mais seulement chez les prédisposés. Puis, sentant quelles conclusions on peut déduire contre lui d'une semblable concession, il termine son article par ces mots remarquables : « Dans ces » cas mêmes ce sont des occasions et non des causes : » la cause réelle de toutes les maladies est proba- » blement hors de notre portée. »

Voilà un grand mot lâché : l'école de Laennec essaie aujourd'hui d'en tirer parti, comme nous le verrons bientôt.

On doit être convaincu, par ce qui vient d'être analysé, que Laennec ne pouvant se refuser à l'évidence des faits qui déposent que nos organes irrités dans un degré donné, pendant un temps plus ou moins long, finissent par devenir tuberculeux lorsqu'ils y sont prédisposés, a pris, pour ne pas laisser voir qu'il s'était réfuté lui-même, le parti de se jeter dans la subtilité et de transporter la question dans les mots. En effet, quel sens attache-t-il à ces mots : *cause réelle?...* Si c'est une cause hors de la portée de nos sens, elle rentre dans la cause première des phénomènes, et nous ne devons pas nous en occuper; si cette cause est accessible à nos sens, nous pouvons la rechercher; et lorsque nous croyons l'avoir trouvée, pour les tubercules, dans l'irritation, lorsque les concessions forcées de notre auteur viennent corroborer notre opinion, que nous importe le changement de nom que l'on fait subir à cette cause! on la dit occasionnelle : eh bien! laissons-lui ce nom. Il nous servira toujours, en attendant mieux, à découvrir les moyens prophylactiques des tubercules; et, en écartant les causes irritantes, occasionnelles, que notre adversaire reconnaît avec nous : nous arriverons à diminuer immensément le nombre des victimes de l'état tuberculeux. C'est rendre un très mauvais service à l'humanité que de s'exercer incessamment, comme on le fait dans cette école, à dévier les praticiens de ce genre d'observations, c'est-à-dire de l'étude de l'action des modificateurs, qui devrait désormais constituer l'essence de la médecine, au moins dans notre France, où l'art de simplifier les questions a fait de si grands progrès.

La *guérison de la phthisie est-elle possible?* telle

est la question que se fait Laennec dans son article troisième. Comme la phthisie n'est autre chose que les tubercules pour lui, tout aussi bien que pour Bayle, il la résout négativement; car, d'après eux, les tubercules une fois formés, et dans l'état qu'ils appellent de *crudité*, doivent nécessairement grossir, passer par l'état de ramollissement, tomber en deliquium, être expectorés, et laisser à leur place des excavations. Il peut y avoir retard dans ces transformations, surtout par la prolongation de la crudité; la mort peut survenir par une autre cause pendant la marche de ce travail; mais si l'on vit assez, son accomplissement est inévitable. Ainsi, point de guérison, mais destruction et expulsion des tubercules; ce qui est synonyme de point de guérison de la phthisie pulmonaire, à moins que le malade ne survive à l'évacuation des tubercules. Or, il n'y survit jamais quand ils sont nombreux et qu'il en existe de plusieurs degrés, c'est-à-dire de plusieurs éruptions, ce qui est le plus ordinaire. C'est ainsi que pensa d'abord l'auteur, aussi bien que Bayle; mais après avoir trouvé dans le poumon beaucoup de cavités cartilagineuses et osseuses, et des plaques cartilagineuses ou membraneuses, qu'il regardait comme produites par le rapprochement et l'adhérence des parois de ces kystes, le tout chez des personnes qui avaient parcouru tous les degrés de la phthisie pulmonaire, et qui avaient ensuite recouvré la santé; après avoir en outre rencontré dans la société plusieurs de ces personnes qui avaient autrefois passé pour des phthisiques, notre observateur avait modifié sa première sentence, et il osait prononcer que la guérison complète des phthisies pulmonaires, après destruction et élimination des tubercules, n'était point une chose rare.

Tel est le résumé de la doctrine de Laennec sur la marche des tubercules pulmonaires : est-elle bien la véritable expression de la nature? Voilà ce qui s'offre présentement à examiner.

Pour ce qui concerne les descriptions, nous ne trouvons rien à blâmer. Il a très-bien observé la formation des fausses membranes autour des parois des cavités vidées de tubercules; la transformation de ces fausses membranes en cartilages, le rapprochement de ces cartilages dans quelques cas, après l'évacuation de la matière tuberculeuse; leur adhérence et la substitution d'une plaque, véritable cicatrice, à un kyste, avec froncement de la substance pulmonaire et dépression de la surface du parenchyme la plus voisine, ou des adhérences. Il s'est bien rendu compte des fistules cartilagineuses, communiquant dans les bronches et dans un kyste pulmonaire dont la matière tuberculeuse a disparu; mais tout cela prouve-t-il que les tubercules, une fois formés, doivent nécessairement croître avant de se ramollir et d'être éliminés, et qu'ils doivent toujours, quand ils le sont, laisser des excavations dans le parenchyme?

Voilà précisément ce que je ne saurais croire. La description que donne l'auteur des diverses phases des tubercules est fondée sur une idée préconçue, purement hypothétique : il y voit des *productions étrangères vivant d'une vie spéciale, assujetties à des métamorphoses nécessaires*. C'est là que gît l'erreur. Les tubercules sont un produit de l'irritation des tissus blancs, soit lymphatiques, soit cellulaires, soit séreux, etc., et ils varient, comme tous les produits de ce genre, en grosseur primitive, en marche d'accroissement ou de décroissement, en consistance, en sécheresse ou en humidité, probablement suivant les proportions de l'albumine, de la gélatine, du sérum qui les constituent, propositions qui sont sans doute elles-mêmes en rapport avec le tempérament, l'état actuel des solides et des fluides, les nuances d'action organique qui président à leur formation. Ce qui veut dire que nous ne pouvons pas déterminer au juste auxquelles de ces influences ils doivent leurs propriétés physiques et chimiques, soit avant, soit après la mort. Il résulte de là que ces produits peuvent, comme mille autres, tantôt grossir rapidement, tantôt être résorbés avant d'avoir acquis un certain volume; qu'il en est dont la consistance n'est pas solide, de prime abord, et qui peuvent être résorbés peu de temps après leur formation ou leur sécrétion, si mieux l'on aime, sous l'influence d'un changement dans l'action organique morbide qui les engendre. Ces assertions sont rendues probables par les immenses variétés que présentent les tubercules dans les cadavres; par les guérisons que l'on obtient, sans formation d'excavation pulmonaire, d'un grand nombre de pneumonies chroniques avec commencement de marasme, sueurs nocturnes, etc. (phthisies commençantes des auteurs), en envoyant les malades dans les pays chauds; par les rechutes et les nouvelles guérisons sous les influences alternatives du froid et du chaud, comme je l'observais jadis dans les marches de nos armées; enfin, parce qu'on voit arriver aux productions subinflammatoires de l'extérieur du corps, où l'on observe, en effet, et toutes ces variétés et toutes ces marches progressives et rétrogrades dont je viens de donner l'idée.

Il reste à faire sur les animaux vivans quelques expériences continuatrices de celles de M. Flourens, pour que ces probabilités se convertissent en certitude. En attendant, comme l'auteur lui-même nous a prouvé qu'on ne pouvait avoir que des présomptions sur l'existence des tubercules, aussi bien que de tous les autres corps étrangers pulmonaires, j'en conclus qu'après avoir constaté le degré de l'irritation du poumon, reconnu la matité, les cavernes, examiné attentivement les produits expectorés, tenu compte de la constitution et des antécédens, nous n'avons que des données approximatives pour déterminer si les productions sécrétées sont plus ou moins consistantes, plus ou moins résolubles. Une autre conséquence, c'est que, dans les cas de guérison, après l'existence d'une partie de ces symptômes, il ne nous est pas possible de prouver qu'elle s'est opérée plutôt par la fonte et l'élimination que par la simple résolution des tubercules, ou de tout autre produit de l'irritation. Enfin la dernière conséquence, c'est qu'étant donné un sujet en marche phthisique, nous ne pouvons lui faire l'application de l'histoire des altérations successives des tubercules, telle que nous la présente ici l'auteur, que lorsqu'il a succombé, et que nous en avons vérifié les détails par l'exploration de ses organes.

La question des *causes* devait être, pour Laennec, une occasion de révéler son système sceptico-fataliste. D'abord, fidèle à son principe, dont j'ai rendu compte plus haut, il n'en reconnaît que d'occasionnelles. Il rappelle qu'il a rayé des causes l'inflammation de l'un des tissus du poumon, et passe à la question du froid, comme si ces deux causes étaient sur la même ligne; mais la parité n'existe pas, le froid étant un modificateur externe, positif ou négatif, peu importe, de nos tissus; tandis que l'inflammation est une modification intérieure de ces mêmes tissus. Mais nos lecteurs connaissent déjà la faiblesse de logique de cette école.

Par une suite de subtilités sophistiques, l'auteur parvient à révoquer en doute l'influence du froid

sur la production des tubercules pulmonaires. On souffre moins du froid dans le nord que dans le midi, parce que l'on connaît mieux l'art de s'en préserver; donc si la phthisie y est commune, elle ne vient pas du froid; le froid des montagnes ne la produit pas; si elle est commune au nord des pays tempérés, elle est rare à leur midi; il est bien vrai qu'elle est rare entre les tropiques, mais on ne connaît que les littoraux de ces régions. Il ne tient aucun compte de la détérioration des tempéramens qu'amène le froid humide avec défaut de lumière, et qui se prononce de plus en plus dans les générations, jusqu'à vicier profondément la fonction de nutrition. Son idée prédominante est que les plages maritimes y sont beaucoup moins sujettes que l'intérieur des terres, et il affirme qu'on ne devient jamais phthisique en mer. Si nous voulons l'en croire, les phthisiques ne sont que pour un quarantième sur la côte méridionale de Bretagne, pour un vingtième sur la côte nord de la même province, et sur celle de la Normandie, en comprenant ensemble les campagnes et les petites villes; tandis qu'ils entrent pour un quart ou pour un cinquième dans la mortalité de Paris et des grandes villes du centre.

Je pense que ce calcul est à refaire, et nul doute qu'il sera refait; car la méthode numérique prend chaque jour plus de crédit. Mais il faut qu'elle soit éclairée par la discussion; car, appliquée simplement aux latitudes et aux localités, elle ne tient pas compte d'une foule d'autres influences qui ne sont pas moins efficaces pour altérer la constitution physique des hommes réunis en société.

Nous avons dit dans nos cours, et consigné dans nos ouvrages, que la détérioration qui s'opère par la succession des générations dans les familles qui vivent dans un air humide, sombre, peu renouvelé, disputé par un grand nombre d'animaux, et chargé d'émanations animales, rend les hommes tels, que les irritations sont plus tenaces et pénètrent plus avant dans les tissus, qui, dans l'état normal, se laissent rarement envahir par elles. Telle est, je crois, la cause de la facilité de désorganisation qui s'observe dans les grandes villes. Mais il me paraît faux que cette influence puisse être annulée par l'air maritime. Cette idée n'est qu'une présomption de notre auteur, fondée sur quelques faits mal interprétés et ensuite généralisés. Il n'a pas comparé, sous tous les rapports, les habitans des côtes maritimes avec ceux des grandes villes; il n'a pas vu que les habitans des campagnes et des petites villes ne vivent pas sous des influences aussi détériorantes que ceux des grandes villes, ce qui rend ces dernières moins propres qu'eux à résister aux refroidissemens de l'atmosphère. Il y aurait encore comparaison à faire des habitans des hameaux et des petites villes du centre, avec ceux qui sont placés sous les mêmes conditions dans les plages maritimes. Il est probable, selon nous, qu'à forces vitales autant égales qu'il est possible de les rencontrer, les sujets exposés aux vicissitudes des pays maritimes deviendront plus souvent phthisiques que ceux qui vivent dans l'intérieur des terres, pourvu que ces derniers ne soient pas établis sur un terrain trop marécageux. Quant à ceux qui sont placés dans l'intérieur des terres, en un lieu sec et bien ventilé, il n'est pas permis de douter qu'ils auront beaucoup d'avantages sur tous les précédens, et qu'ils présenteront moins de phthisiques, comme aussi moins de catarrheux, de gencives détériorées et de mauvaises dentitions.

Nul doute aussi qu'il ne faudra tenir compte du genre de vie et de la médecine qu'on pratique dans chacune des conditions territoriales qui viennent d'être indiquées; car il est bien certain, quoi qu'en ait dit Laennec, que les phthisiques, ainsi que les hydropiques, sont incomparablement moins communs dans les salles d'hôpitaux dirigées par des praticiens qui s'attachent à détruire les irritations le plus tôt possible, que dans celles des docteurs à entités morbides, qui ne reconnaissent les maladies que lorsque les groupes de symptômes relatés dans leurs nosologies-modèles sont bien complets, et qui attendent cet instant pour porter un diagnostic et établir des indications curatives. La pratique médicale entre donc aussi pour quelque chose dans la causalité de la phthisie pulmonaire. Dire qu'on ne devient jamais phthisique en mer, c'est avancer une erreur; toutefois il est hors de doute que les vicissitudes de température y étant moins fréquentes que dans les terres, les causes de phthisie doivent y être moins nombreuses; ce qui surtout a donné de la réputation aux voyages maritimes pour la guérison des phthisiques, c'est que les médecins les dirigeaient toujours vers les pays chauds; certes personne n'a eu l'idée de les envoyer à Terre-Neuve, pêcher la morue, ou sur les côtes du Groënland pour harponner des baleines. Nous ne demanderons pas si de pareilles navigations auraient fait beaucoup de bien à la poitrine délicate de feu Laennec.

Laennec refuse à l'hémoptysie le pouvoir de déterminer la phthisie pulmonaire. Cette question a été traitée par nous en parlant des hémoptysies : il serait inutile d'y revenir avec détails. Je me contenterai de faire remarquer ici, qu'en attribuant à des tubercules préexistans la majeure partie des hémoptysies, et toutes celles qui sont suivies de la phthisie pulmonaire, l'auteur avance une assertion sans preuve, et que, de plus, il s'ôte ainsi la ressource d'expliquer toutes les expectorations abondantes de sang par ces apoplexies pulmonaires indépendantes de toute affection tuberculeuse dont il s'attribue la découverte. Il n'est effectivement aucun praticien répandu qui n'ait vu très souvent la consomption pulmonaire à la suite des abondantes hémoptysies.

La tristesse est mise, par notre auteur, au rang des causes de la phthisie pulmonaire. Il en cite un exemple très curieux, tiré d'un couvent de religieuses, auxquelles on avait soin de ne jamais présenter que des images lugubres; nouveau sujet pour le philosophe de déplorer les conséquences de la folie humaine. Au surplus, ce fait intéressant est en faveur de nos opinions; car la tristesse et la terreur continuelle de l'enfer sont de puissantes causes de congestion et d'irritation du parenchyme pulmonaire.

Les *fièvres intermittentes* et les *continues* laissent parfois des tubercules dans les cadavres de leurs victimes. Je me suis étonné de voir qu'il ne faisait pas préexister les tubercules à la fièvre; ma surprise s'est accrue lorsque j'ai lu ensuite qu'ils sont sans doute résorbés; car il en résulte rarement la phthisie pulmonaire, selon les paroles de l'oracle. L'auteur n'a pas prévu qu'on pourrait lui demander si cette résorption n'a pas lieu dans bien d'autres cas, et si elle n'annule pas, au cas qu'elle soit réelle (*ibid.* p. 649), la sentence d'irrésolubilité qu'il a portée contre toutes les productions tuberculeuses.

La *contagion* et l'*inoculation* ne lui paraissent pas admissibles; mais il admet l'hérédité, tout en convenant que souvent un ou deux enfans périssent seuls dans une nombreuse famille de phthisiques, et qu'il

n'est nullement rare de voir des parens octogénaires, qui même ne succombent pas à cette maladie, perdre tous leurs enfans par la phthisie pulmonaire. Voilà des faits qui réclament de nouvelles observations : des inductions seraient à tirer des modificateurs qui ont agi sur ceux qui meurent et sur ceux qui survivent dans une même famille. Mais l'auteur n'aborde pas cette question : il se tait également sur les cas non moins communs où un phthisique, un scrofuleux viennent déparer une nombreuse famille de sujets parfaitement sains. Combien de fois n'ai-je pas entendu dire à ces malheureux : « Je ne crains pas d'être phthisique, car il n'y en a » jamais eu dans ma famille, etc. » Mais tout médecin qui ne consentira pas à traiter ces problèmes en prenant pour guide l'irritabilité aux prises avec ses modificateurs, et la marche des irritations qui résultent de leur conflit, n'approchera jamais de leur solution.

Il serait oiseux de suivre l'auteur dans la description de la constitution dite *phthisique,* dont Arétée nous a laissé le premier modèle. On n'y trouve rien qui se rattache à une doctrine. Laennec convient que la phthisie peut enlever les hommes les plus robustes : vérité défavorable à son système, et qui ne trouve d'explication que dans la doctrine physiologique. Il en est ainsi de la suivante que lui arrache la puissance des faits. Les anciens croyaient, dit-il, la phthisie plus commune entre dix-huit et trente-cinq ans, que dans les âges plus avancés. Mais Bayle a remarqué qu'elle était plus fréquente encore entre quarante et cinquante ans, dans les hôpitaux de Paris. Du reste, aucun âge n'en est exempt, puisqu'on l'a trouvée chez le fœtus, et que Laennec l'a constatée chez une femme de quatre-vingt-dix-neuf ans.

Ainsi, sous ce rapport, aussi bien que sous tous les autres, voilà la phthisie pulmonaire placée sur la même ligne que tous les autres résultats des irritations de nos organes. Mais réservons pour un autre lieu les rapprochemens et les déductions que cette considération nous rappelle.

Laennec couronne vraiment son article des causes par la tirade qu'il enfante en substituant une *aberration spéciale de nutrition* à l'irritation de M. Broussais, ou à l'inflammation *qui n'en est qu'un degré,* suivant le même auteur, au dire de son Aristarque. Comment croire, ajoute-t-il, que l'irritation puisse produire indifféremment tubercules, encéphaloïdes, mélanoses, tissus fibreux, cartilagineux, osseux, kystes, etc.? C'est avouer que l'inflammation n'est qu'*une occasion,* etc. « Et puis il faudrait une cause qui déterminât les tubercules plutôt que les cancers cérébriformes, une éruption secondaire qui envahit vingt organes, plutôt qu'une production cartilagineuse bornée au lieu principalement affecté, et qui aurait converti l'ulcère tuberculeux en une fistule, sans inconvénient pour la santé. Toutes ces difficultés déterminent notre auteur à s'en prendre uniquement aux aberrations de la nutrition.

Remarquez d'abord ce *comment croire.* Eh! messieurs, il ne s'agit pas d'expliquer les faits aussitôt qu'ils ont frappé nos sens; il faut commencer par s'assurer qu'ils existent; on les explique ensuite si l'on peut. Or, rien n'est mieux prouvé que le développement des tubercules dans les tissus qui ont éprouvé long-temps l'irritation à un léger degré; rien aussi n'est mieux prouvé que la possibilité de prévenir les tubercules en épargnant aux organes la nuance chronique d'irritation, à la suite de laquelle on les voit se développer. De ce double fait résulte un grand principe, qui devient fondamental en hygiène et en thérapeutique; et ce principe est un des plus féconds en applications utiles. S'il est réel, il faut l'admettre en attendant qu'on en trouve l'explication. Vous refusez de croire que l'irritation puisse produire des désordres d'aspects différens; mais songez donc où ce refus va vous conduire : si vous n'admettez pas qu'une cause puisse produire plusieurs effets, selon son degré d'activité et la disposition des corps sur lesquels elle agit, vous voilà forcés de nier que la chaleur puisse faire revivre un animal languissant et tuer un animal surexcité; que cette cause puisse faire éclore un œuf et en cuire un autre; que le même degré de froid puisse rendre la vigueur à un homme épuisé par la chaleur, et éteindre la vie chez un enfant ou chez un vieillard décrépit et chez un convalescent; que le vin puisse fortifier et débiliter suivant la dose à laquelle il est pris, et suivant la susceptibilité des individus, vous vous trouvez par la même raison dans l'obligation impérieuse de nier que le froid atmosphérique, qui vient d'agir sur une dizaine de sujets placés dans les mêmes circonstances, par exemple sur un poste de militaires, soit la cause des maladies qu'ils présentent après son action, par la seule raison que toutes ces maladies ne se trouvent pas parfaitement identiques. Aussi, l'un vous présente une congestion encéphalique; l'autre, une pleurésie; le troisième, une pneumonie; le quatrième, une bronchite; le cinquième, une péricardite; le sixième, un accès d'asthme; le septième, une angine; le huitième, une gastrite ou une péritonite; le neuvième, un arthritis; le dixième, une fièvre intermittente. Or, cette supposition est un fait que les praticiens observent journellement, et si vous n'admettez pas que la même cause puisse produire des effets différens et même opposés, en médecine comme dans les autres séries de faits qui constituent les connaissances humaines, vous n'avez plus de guide qui puisse vous conduire en hygiène, ainsi qu'en thérapeutique, et la médecine cesse d'être une science pour vous.

Vous ne voulez pas reconnaître l'irritation diversifiée de nos organes comme le fait commun à plusieurs effets produits par une même cause, par conséquent comme le lien qui les associe les uns aux autres. Ce refus vous conduit à isoler les maladies qui naissent sous l'influence de la même cause, et vous ne savez plus qu'en faire scientifiquement et nosologiquement parlant. Ce sont des entités isolées dont vous êtes réduits à chercher les spécifiques isolés, opération intellectuelle, purement empirique et surtout très difficile; disons mieux, impossible. Mais, ce qui est bien plus grave, cette manière de philosopher à courtes vues est évidemment contre l'intérêt de la science, en ce qu'elle vous fait négliger un grand et puissant moyen de diminuer la somme des maux qui afflige l'espèce humaine, je veux dire la soustraction opportune des modificateurs irritans. En voici la démonstration.

L'école de Laennec refuse de reconnaître l'irritation pour une cause de tubercules : il est clair que cela la conduit à permettre aux causes irritantes d'agir sur les organes où peuvent se développer les tubercules. Ainsi, pour être conséquens, ces médecins ne doivent prendre aucune précaution contre le froid qui fait agir le poumon aux dépens de la peau et de l'appareil urinaire; contre l'exercice de la voix, de la parole, du chant, des instrumens à vent; contre le régime stimulant, les marches précipitées, etc., etc. Cette école doit par conséquent négliger le précepte de l'émigration vers les pays chauds, le plus utile de tous aux personnes qui

vivent sous l'imminence de la phthisie pulmonaire. Il est encore évident que cette école ne doit pas redouter les médicamens capables de stimuler l'appareil viscéral, etc. Si elle n'agit pas de la sorte, elle est inconséquente et se réfute elle-même; nouveau point sur lequel nous saurons prochainement à quoi nous en tenir.

Lorsque très évidemment l'irritation *chronique* peut produire toutes les altérations organiques dont Laennec veut l'absoudre, c'est-à-dire lorsque ces altérations viennent dans les organes qui ont été long-temps stimulés à un degré modéré, et lorsqu'elles peuvent être prévenues en empêchant qu'ils ne le soient, comme les dix maladies que nous avons vu résulter de l'action du froid peuvent être prévenues en empêchant cette action de s'exercer sur notre économie; lorsque tout cela est incontestable, on trouve encore un prétexte pour enlever à l'irritation le rôle de cause, comme si l'on avait senti qu'effectivement ce rôle ne lui est pas ravi par l'allégation qu'elle ne saurait produire des effets différens. Ce prétexte consiste à avancer que l'irritation n'agit que sur la nutrition; ainsi la nutrition se trouve substituée, comme cause à l'irritation. Celle-ci se borne à la dépraver, et la nutrition dépravée devient seule comptable de tous les modes d'altération organique.

Laennec et les siens ne se sont pas aperçus qu'ils ne faisaient que substituer une difficulté à une autre : on ne conçoit pas, nous disent-ils, comment l'irritation peut produire des effets aussi différens entre eux, tels qu'un tubercule, un tissu encéphaloïde, une cicatrice cartilagineuse, etc. J'en conviendrai; mais conçoit-on mieux que la nutrition, qui est aussi une cause unique, puisse opérer des effets aussi diversifiés? Nous avons les mêmes raisons d'en douter que vous de révoquer en doute une action toute semblable de la part de l'irritation. Soutenez-vous que la dépravation diversifie ce grand phénomène, et qu'ainsi chaque altération peut obtenir sa cause particulière? Nous vous répondrons que le mot *dépravation* est un signe abstrait, qui ne représente à l'esprit autre chose qu'une nutrition déviée de son type; et comme vous avouez que l'irritation peut faire dévier la nutrition, puisqu'elle est, selon vous, la cause occasionnelle des aberrations de cette fonction, vous accordez implicitement que l'irritation peut être la cause des lésions organiques les plus disparates contre elles.

En somme, vous ne pouvez faire de la nutrition dépravée la cause commune de toutes les altérations organiques, sans admettre une prédisposition particulière de chaque tissu à se laisser désorganiser ou réorganiser, dans des circonstances données, d'une manière plutôt que d'une autre. Eh bien! nous ne vous en demandons pas davantage pour l'irritation : vous êtes forcés de nous l'accorder sans doute, puisque vous nous avez, par vos aveux, autorisés à établir que l'irritation peut produire les déviations de la nutrition; il suit de là que l'irritation jouit de la possibilité, non contestable par vous-mêmes, de produire tous les modes d'altération organique.

Mais insistons, car il ne faut rien négliger pour éclairer cette question. L'auteur voudrait que l'irritation donnât l'explication des différences d'altération organique qui surviennent dans la phthisie pulmonaire. Sans doute elle ne la donne pas complète, mais ce qu'elle donne suffit, et l'aberration, de nutrition sans irritation ni abirritation, qui lui servent de cause déterminante, la fournit encore bien moins. En effet, dans l'état normal on ne sait pas pourquoi un tissu est fibreux, l'autre gélatineux, l'autre formé de fibrine; on ignore comment les uns et les autres se maintiennent différens malgré leurs entremélanges avec les mêmes matériaux nutritifs. On ne peut qu'attribuer ces phénomènes et leurs différences aux lois de la chimie vivante ou organique. Mais il faut toujours finir par se demander pourquoi ces lois dévient de leur rhythme normal; car l'on n'en trouve pas la raison dans les explications de ces mêmes lois, que nous fournit l'école atomistique moderne, puisque ces lois se rattachent aux causes premières. En effet, que nous apprennent les microscopistes lorsqu'ils nous disent aujourd'hui que les premiers faits de l'organisation remontent aux molécules organiques qui résultent de la macération dans l'eau? Ils affirment que les atomes ont un mouvement propre qui est leur vie; qu'ils ont des affinités diverses les uns pour les autres; qu'en vertu de ces affinités, ils se rapprochent pour former les animaux primitifs, infusoires; que ceux-ci, se perfectionnant, finissent avec le temps par former les animaux les plus complexes, les plus parfaits. Tout cela peut être, mais n'est que présumé!

Sans remonter aussi haut dans l'échelle zoogénique, nous sommes convaincu, avec tous les microscopistes, que les animaux et l'homme commencent et finissent par l'état moléculaire. Nous admettons que des atomes étendus dans le liquide séminal des deux sexes ont une vie, un mouvement propre et des affinités diverses entre eux; que ces affinités, en les rapprochant, forment des fibres; que ces fibres jouissent de propriétés vitales, qui sont le résultat de la vie ou de la force propre de chacun des atomes qui viennent de les former; que ces fibres, en se continuant, s'enchainant avec d'autres, forment des tissus qui ont des propriétés résultant de celles de chacune de leurs fibres, et en première origine, de celles de chacun des atomes de ces fibres. Nous croyons bien qu'il y a pendant toute la vie des rapports d'affinités, d'attraction, de répulsion, entre les fibres formant les tissus et les fluides qui les parcourent. Nous ne doutons point que des phénomènes électriques soient incessamment produits dans les rapprochemens des molécules fluides et solides, dans les décompositions, les départs, les recompositions, les transformations, en un mot, de la matière vivante. Mais tous ces faits cachés, ou du moins incomplètement connus, que d'ailleurs nous avons désignés dès nos premiers écrits par les mots *chimie vivante* ou *organique*, n'empêchent pas qu'il ne faille chercher quels sont les modificateurs sous l'influence desquels les phénomènes de composition et de décomposition se dérangent et devient du rhythme normal; livrons-nous donc à cette recherche, et tâchons de trouver des faits qui soient à la portée de nos moyens de connaitre. Or, nous trouvons tout cela dans l'étude de l'irritation, qui nous montre, pendant l'action des agens extérieurs, tantôt une vie plus active, tantôt une vie moins prononcée, et qui, dans les deux cas, devient plus ou moins irrégulière. C'est cette étude, suivie avec constance, qui nous apprend qu'un tissu, longtemps forcé par les modificateurs externes à agir au-delà du degré harmonique, est exposé à telle ou telle déviation matérielle du type normal; tandis que le tissu, réduit par les circonstances à une diminution d'action plus ou moins considérable, est sujet à telle ou telle autre. Or, ces notions nous suffisent pour la thérapeutique et pour l'hygiène; et en vouloir davantage, c'est embrasser une chimère qui nous échappe sans cesse, sans laisser dans notre esprit aucune semence de vérités d'une utile application.

Sur les *signes physiques des tubercules*, il n'y a

qu'une remarque critique à faire, et déjà nous l'avons faite pour les productions étrangères en général; c'est que la certitude de l'existence de ce que l'auteur nomme *tubercules crus*, ne saurait jamais être acquise. Certains râles, et la pectoriloquie indiquent, suivant lui, le ramollissement et l'évacuation de la matière tuberculeuse, la grandeur, la multiplicité et la situation des cavernes, etc. Sur tout cela, nous n'avons rien à reprendre : on y voit seulement la preuve d'une finesse d'audition à laquelle peu de personnes parviendront, parmi celles surtout qui s'attachent moins au curieux qu'à l'utile.

L'auteur donne d'utiles conseils sur la pectoriloquie douteuse, et sur ce qu'il appelle le *tintement métallique* et la *résonnance amphorique*.

L'article cinquième est consacré aux *symptômes* et à la *marche de la phthisie pulmonaire*. L'auteur fait subir à son entité les subdivisions suivantes : 1°, phthisie régulière, manifeste; 2°, phthisie irrégulière, manifeste; 3°, phthisies latentes; 4°, phthisies aiguës; 5°, phthisies chroniques.

Un esprit droit sentira de prime abord combien cette division est arbitraire et peu lumineuse. Quant à ceux qui pourraient en douter, je leur dirai d'après l'auteur : *Phthisie régulière, manifeste* (1); *début par une toux sèche de plusieurs mois, souvent par un catarrhe aigu au milieu de la santé la plus florissante, ou par une hémoptysie répétée.*

Voilà le groupe de symptômes du début d'une affection morbide. Il ne témoigne, pour le physiologiste, autre chose qu'une irritation du poumon plus ou moins muqueuse ou sanguine; elle est prouvée. La cause de cette irritation ne l'est pas encore; il faut la chercher. L'auteur ajoute : *Le tout dépendant de tubercules dont on ne peut acquérir la certitude, à moins de mort par une cause étrangère.* S'il n'y a pas de certitude, pourquoi désigner ce groupe par les mots *phthisie tuberculeuse*, et surtout *manifeste?* L'auteur dira plus tard que ces symptômes et les suivans ne prouvent pas cette phthisie. Sur quoi donc se fondera le néophyte pour assurer que ce groupe représente un état tuberculeux?

Peu à peu expectoration muqueuse, fièvre à redoublemens, à sueurs nocturnes, copieuses; mais qui laisse la tête libre, n'abat pas les forces comme les fièvres essentielles, et ne détruit pas l'appétit; puis se complique d'une diarrhée due à une éruption secondaire de tubercules dans les intestins, on marche sans cela et même sans ulcération.

Cette fièvre peut être enlevée s'il n'y a pas d'altération tuberculeuse (et aussi, selon nous, si les tubercules sont résolus); elle ne laisse pas la tête libre; elle ne permet pas l'appétit; elle abat les forces s'il y a complication de gastro-entérite et d'irritation cérébro-spinale. La diarrhée ne s'y ajoute pas *nécessairement* par la même raison, et l'éruption secondaire qui doit la produire est une fiction que les faits ne justifient point.

Jusqu'ici nous n'avons donc vu, dans la description de la *phthisie tuberculeuse*, rien qui prouve les tubercules; dans la *phthisie manifeste*, aucune manifestation positive de la nécessité d'une consomption future par altération organique. Il est possible que tout cela se réalise; mais puisque le contraire l'est également, de l'aveu même de l'auteur, nous ne pouvons que le présumer, le redouter si l'on veut, mais non l'affirmer; tandis que nous affirmons sans crainte, avec le médecin physiologiste, l'existence d'une irritation inflammatoire du poumon, avec la coexistence ou la non-coexistence, suivant le cas d'une autre irritation, soit dans les voies gastriques, soit dans les centres nerveux.

La *fièvre hectique établie, amaigrissement rapide en raison de l'abondance de l'expectoration, des sueurs, des évacuations diarrhéïques*, etc. Suit le tableau tracé par Arétée... Fort bien : voilà le malade en consomption progressive. Mais vous nous avez annoncé que tout cela dépendait de tubercules dans le poumon, et vous allez nous dire bientôt que tout cela peut être produit par un simple catarrhe. Où donc est le *manifeste?* nous savons de plus que vous que, si l'irritation gastro-intestinale n'a été ni produite ni fomentée par le traitement, une partie des symptômes de ce groupe *peut* manquer. Où donc est la *certitude* pour celui qui a prononcé les mots de *phthisie tuberculeuse manifeste?*.... nulle part. Elle n'existe que pour le médecin à méthode physiologique, qui dit : « Voilà une irritation inflam- » matoire et sécrétoire de plusieurs organes qui » amène le *marasme.* » Il passe ensuite à la partie conjecturale, et il ajoute : « Je vais chercher des » faits dans le passé, par le commémoratif; dans le » présent, par des essais de médications rationnelles; » dans l'avenir, en tenant compte des changemens qui » surviendront, afin de pouvoir déterminer à quoi » tiennent l'existence et l'opiniâtreté de ce groupe » de symptômes. »

En continuant son histoire, l'auteur arrive aux signes stéthoscopiques, qui seuls peuvent, selon lui, faire reconnaître sûrement le ramollissement et l'évacuation, dans les bronches, de la matière tuberculeuse. Son but est donc de faire valoir sa découverte. Il n'y a pas de mal à cela; il est bon que chacun s'assure la jouissance du sien dans un monde littéraire où les filous abondent et raffinent dans l'art d'insulter et de *louanger* insidieusement ceux qu'ils ont volés, afin de mieux dissimuler leurs larcins. Mais il fallait que l'auteur attendit ce moment pour faire arriver la certitude sur le groupe de symptômes qu'il décrivait; et comme il ne l'a pas fait, comme il déclare (ouvrage cité, t. 1er, p. 594) que tous les autres symptômes réunis et la marche consomptive jusqu'à la mort, ne prouvent point l'existence des tubercules, et peuvent être le résultat d'une simple affection catarrhale, ou d'une affection du foie ou d'un squirrhe du pancréas, je trouve parfaitement justifié le reproche que je lui ai adressé plus haut d'avoir imaginé une division arbitraire et peu lumineuse de sa phthisie pulmonaire. Voilà qui est prouvé pour la série des cinq phthisies réputées régulières. Passons aux autres.

2° La seconde est la *phthisie irrégulière manifeste.* Il nomme ainsi celle dans laquelle l'affection tuberculeuse parait commencer dans un autre organe. Exemples : *par une diarrhée chronique, une péritonite avec perforation, les tubercules du mésentère chez les enfans scrofuleux, ceux de la région cervicale, ou ceux des glandes bronchiques...* Laennec n'a point prouvé qu'il y eût des diarrhées débutant par des tubercules des intestins, et n'en a point donné les caractères; il les suppose tuberculeux, afin de ne pas avouer l'existence de l'iléo-colite, véritable cause de ces tubercules; il méconnaît l'entérite chez les enfans scrofuleux, pour lui faire préexister les tubercules du mésentère qui n'en sont qu'un effet; il est encore plus opposé aux faits lorsqu'il suppose des tubercules perforant le péritoine avant de se *jeter* sur les poumons; les tubercules cervicaux et

(1) Quoique je souligne, je n'emploie pas ici les phrases du texte, mais les mots les plus strictement représentatifs qu'il contient des idées de l'auteur. Je suis forcé d'abréger et de m'en tenir à un résumé.

les bronchites ne sont pas moins gratuitement supposés préludes et preuves d'un état tuberculeux du parenchyme pulmonaire. J'ai vu des cas où la consomption pulmonaire, survenue à des porteurs de semblables ganglionnites, n'était pas accompagnée de tubercules. Il n'y a là qu'un art de dissimuler les différentes marches et les effets divers de l'irritation des organes, et surtout de faire perdre de vue la communication de celle des membranes de rapports aux ganglions qui leur correspondent; communication à laquelle l'auteur ne voulait pas croire, peut-être parce qu'elle a été découverte par l'école physiologique de Bichat, et non par la sienne. Les preuves d'une phthisie *irrégulière manifeste* n'existent donc point dans le groupe de symptômes qu'il a présenté. Elles y existent d'autant moins que le stéthoscope, qui seul doit lui en fournir la certitude, n'a point encore prononcé.

3° La *phthisie latente* reste rarement telle pendant tout son cours : suivant l'auteur, long-temps prise pour une autre maladie, elle se démasque quelques semaines ou seulement quelques jours avant la mort. Entendrons-nous encore long-temps ce jargon figuré, si peu fait pour une science telle que la nôtre? Qu'est-ce en effet qu'un être malicieux qui se cache d'abord, et n'ôte son masque que lorsqu'il est sûr de son coup! Malheur aux praticiens qui prendraient à la lettre un tel langage. L'auteur veut désigner les personnes affectées de scorbut, de maladies vénériennes ou surexcitées par le mercure, qui ont été long-temps en proie à un état de fièvre hectique, et qui succombent dans le marasme avec des symptômes pulmonaires que l'on ne distingue qu'aux approches de la mort. Il range dans la même classe les phthisies qui ont débuté par une diarrhée prolongée jusque près du terme fatal, moment où la phthisie s'est enfin déclarée, et celles qu'ont masquées des symptômes nerveux de dyspepsie ou d'hypocondrie, c'est-à-dire des gastrites et des entérites méconnues; ce qui nous montre que la *phthisie latente* se confond avec la *phthisie irrégulière manifeste*. Quoi qu'il en soit, tous les symptômes sont mis sur le compte de la maladie que l'on traite, et l'on ne songe à la phthisie qu'après que les tubercules ont été reconnus; s'il ne s'en fût point trouvé, l'affection pulmonaire, que l'on aurait découverte, eût été, comme le reste, un symptôme de la maladie, ou bien on nous aurait dit qu'elle dépendait d'un simple catarrhe; car le catarrhe pulmonaire est le *masque principal des phthisies*. Mais pour l'arguer de mascarade, il faut des tubercules; et comme les tubercules ne doivent dépendre de rien, et exister par eux-mêmes, c'est-à-dire par un vice de nutrition fait tout exprès pour eux, on n'a de certitude que lorsqu'on les voit enfin. C'est alors qu'on affirme l'existence d'une phthisie pulmonaire, long-temps dissimulée par un ou par plusieurs masques trompeurs.

Il eût été plus simple et plus philosophique de suivre de l'œil l'irritation dans les divers organes où elle se manifeste après les premiers symptômes de la première maladie, en s'étudiant sans cesse à en découvrir les causes et à saisir les indices des altérations qui surviennent; mais on se fût ainsi classé parmi les médecins physiologistes, et c'est, avant toute chose, ce qu'il fallait éviter.

J'en conclus que cette troisième phthisie, dénuée de caractères pendant la majeure partie de son cours, est aussi mal distinguée que les deux autres, et se confond avec la précédente. Elle est néanmoins celle que l'auteur croit la plus commune. Il a trouvé tant de fois des cicatrices de tubercules ou des tubercules, même dans les cadavres de gens qui n'avaient jamais passé pour phthisiques, qu'il conclut, en général, que le plus grand nombre des phthisies est latent, au moins dans le principe. Cette sentence ne nous paraît pas très propre à soutenir les prétentions de ceux qui veulent, avec notre auteur, prendre les modes d'altération organique pour unique base du diagnostic et de la classification des maladies.

4° Les *phthisies aiguës* sont, selon lui, le produit d'une affection tuberculeuse long-temps latente, qui éclate tout-à-coup et se démasque avec une fièvre violente, l'amaigrissement et des symptômes si graves, que la destruction du sujet est consommée dans l'espace de six semaines ou deux mois. Cette catastrophe est due, suivant l'auteur, à des masses tuberculeuses multipliées, qui se ramollissent toutes à la fois, en même temps qu'il se fait des éruptions secondaires de tubercules nouveaux... Les faits pourraient fort bien être ici dénaturés, ce qui rendrait l'explication gratuite. Il se pourrait qu'il n'y eût point de masse tuberculeuse en ramollissement, mais plutôt des granulations blanches ou jaunes dans le parenchyme hépatisé et sans excavation; ce qui n'est autre chose qu'une pneumonie générale subaiguë. J'en ai vu plus d'un exemple dans ces pneumonies subaiguës qui ne sont pas toujours des phthisies; car elles font souvent périr avant le marasme; et le marasme seul donne le droit de qualifier un malade de phthisique; ces granulations m'ont paru être produites par l'inflammation; et quant à l'éruption de nouveaux tubercules, elle est possible sans doute, mais c'est la cause qu'il faut chercher, et la cause est encore ici l'inflammation. Des tubercules, soit ramollis, soit solides, n'ont pu se former dans le poumon sans une action morbide irritative; tous les sophismes de Laennec n'ont pas prouvé le contraire; c'est cette action qui, après des progrès lents, générateurs de certains tubercules, arrive enfin au degré de l'inflammation qui en produit d'une autre forme; et comme cela s'opère dans une grande étendue de parenchyme à la fois, la dyspnée et la fièvre sont portées au plus haut point, et bientôt le malade n'a plus assez d'espace libre pour respirer. Cette maladie n'est vraiment qu'une nuance des précédentes; et je ne vois pas qu'on puisse rationnellement en faire une entité particulière.

5° Quant à la *phthisie chronique, qui se compose de plusieurs attaques, et qui cesse quelquefois au point de permettre le retour de l'embonpoint, et cela durant l'espace de plusieurs années*, l'auteur n'y voit autre chose que des éruptions peu nombreuses et éloignées de tubercules qui se font à plusieurs reprises. Rien de plus sur la cause de ces éruptions, qui sont plutôt conjecturées que prouvées. L'auteur les a déduites des fistules cartilagineuses, des cicatrices lamelleuses ou des corps cartilagineux, qu'il a souvent rencontrés dans ses recherches cadavériques. Ces observations sont bonnes à retenir; mais il importe aussi de savoir que la plupart des sujets sur lesquels on les a faites n'ont point été suivis par l'auteur durant le cours de leurs maladies. Au surplus, le titre de *chroniques* nous semble mal approprié aux maladies de ces sujets; car, très évidemment, ils n'ont point été détruits par une seule affection prolongée pendant longues années : leur mauvaise constitution, les circonstances au milieu desquelles ils ont vécu, les ont exposés plusieurs fois à des retours de la même affection. Il n'est vraiment pas plus rationnel de les soumettre à une phthisie unique de presque toute leur vie, que de soutenir qu'un homme, sujet aux rhumes ou aux gastrites, et qui succombe dans un âge plus ou moins avancé, à un catarrhe suffocant ou à un

ramollissement de la muqueuse de l'estomac, n'a souffert que d'un seul catarrhe ou d'une seule gastrite, depuis la première attaque jusqu'à son dernier moment. Au fait, il en est ainsi de la majorité des hommes. Nous avons presque tous un organe plus irritable et plus faible qu'il ne devrait l'être; à force d'éprouver des excès d'innervation et de congestion, cet organe ne peut plus vivre normalement; sa nutrition se détériore; sa désorganisation consommée entraîne enfin celle de plusieurs autres, et notre dernière heure est sonnée. Faudra-t-il donc inventer une longue et une unique maladie pour tous ceux qui ne succomberont pas aux premières atteintes des affections de leurs principaux organes?

On voit que ce cinquième chef de division des phthisies n'est pas plus rationnel que les quatre autres.

Le *traitement de la phthisie pulmonaire* est le sujet de l'article sixième. L'auteur la déclare incurable par les moyens de l'art, et pense que la nature seule peut opérer la guérison. En appliquant cette sentence aux tubercules, comme il le fait, puisqu'il substitue toujours le désordre au groupe de symptômes, on ne saurait être de cet avis, attendu qu'il est impossible de prouver que ces productions tuberculeuses soient irrésolubles, et qu'elles ne puissent disparaître qu'après être tombées en détritus, et avoir laissé des excavations à leur place. Nous avons discuté ce point et nous avons fait voir que, dans beaucoup de cas, la résolution était probable, au moins dans les commencemens des irritations chroniques du parenchyme pulmonaire. Nous avons appuyé cette probabilité par la guérison de plusieurs affections tuberculeuses extérieures, qui s'obtient tous les jours par l'emploi persévérant des antiphlogistiques et des révulsifs. J'en pourrais appeler à ma pratique, qui est positive à cet égard; mais j'aime mieux citer celle des premiers chirurgiens de nos hôpitaux, qui voient des maladies externes bien plus que moi. Les médecins qui résident à Paris pourront se procurer la certitude que les tubercules et d'autres indurations lymphatiques sont résolubles en suivant quelque temps la visite de plusieurs d'entre eux, entre autres, celle de M. Lisfranc, chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié, dans le traitement des tumeurs blanches. Je conviendrai que cette résolution est plus difficile à l'intérieur qu'à l'extérieur, et dans le poumon plus que dans aucun autre appareil, parce que ce viscère est le plus inflammable de tous (argument en faveur de la doctrine physiologique); mais je soutiendrai toujours que si l'appel du sang et des fluides lymphatiques vers l'extérieur est persévérant, et soutenu par une haute température ambiante, cette résolution est possible et s'obtient tous les jours chez des personnes opulentes, qui peuvent et veulent prolonger leur séjour dans les pays chauds, aussi long-temps que cela paraît nécessaire à un médecin véritablement observateur. Je sais qu'ici mon assertion n'est que probable, puisqu'on ne peut constater l'existence des tubercules pulmonaires pendant la vie; mais des probabilités multipliées doivent produire la conviction. Si elles ne la produisent pas, elles doivent au moins déterminer la pratique du médecin; car la probité marche avant toutes les doctrines : par exemple, si je vois vingt-quatre personnes affectées du mode de l'irritation pulmonaire, qui a coutume de se terminer par la phthisie; si, sur ces vingt-quatre personnes, douze succombent sous mes yeux, et me montrent, après leur mort, des tubercules dans leurs poumons, pendant que les douze autres, que j'avais envoyées dans les pays chauds, en reviennent dans un état de parfaite et durable guérison, sans avoir eu des excavations et sans avoir passé par le marasme, n'ai-je pas assez de motifs pour croire à la résolubilité des tubercules? Tel est ma position morale : à force de rapprochemens, de faits bien observés depuis vingt-sept ans, j'ai acquis la conviction que les tubercules sont l'effet des irritations pulmonaires, qu'ils peuvent se résoudre lorsque les médications antiphlogistiques et révulsives sont employées de bonne heure, et constamment soutenues.

Cette conviction, toute forte qu'elle est, ne m'empêche pas d'admettre, avec Laennec, la possibilité de la guérison par détritus des tubercules lorsque ces productions sont peu nombreuses et circonscrites, au moyen de la formation d'un sac membraneux, cartilagineux, osseux, et du rapprochement des parois de ce kyste, quand elles sont assez molles, ou leur réduction en une lame qui se présente comme une cicatrice dure avec froncement du parenchyme pulmonaire tout autour.

J'avoue ces changemens, parce que je les ai aussi constatés, et que les faits sont sacrés pour moi. Mais je me crois, en conscience, obligé de critiquer mon auteur, lorsque, négligeant tous les faits qui déposent en faveur de mon opinion, il n'admet d'autre guérison que celle par détritus, et pose en conséquence les deux indications ci-après : 1°, prévenir une seconde éruption de tubercules; 2°, favoriser le ramollissement, la fonte et l'évacuation de ceux qui existent. Il dit aussi favoriser *la résorption :* mais il entend *après le ramollissement* qui a succédé à l'induration : car, pour lui, les tubercules sont toujours un fruit qui doit nécessairement, dès qu'il a germé, grossir, mûrir et tomber en déliquium.

L'auteur n'indique aucun mode nouveau pour remplir sa première indication. La doctrine physiologique lui aurait suggéré les médications propres à diminuer l'action dans les poumons, et à la faire prédominer long-temps à l'extérieur; elle lui aurait donc fait sentir l'importance d'une atmosphère chaude et d'une alimentation végétale, propre à favoriser l'action de tous les sécréteurs. Mais il n'a point compris le rôle de l'irritation dans la sécrétion des tubercules, et il se borne à réserver les saignées pour détruire les complications inflammatoires ou les congestions sanguines accidentelles, et à substituer aux grands exutoires usités de petites cautérisations de huit à dix lignes de diamètre. Du reste, il croit fort peu à la vertu des grandes suppurations prolongées, et ne tire l'indication des exutoires que de la préexistence de quelques affections cutanées.

Les moyens propres à favoriser le ramollissement et la fonte des tubercules sont tous puisés dans différentes classes d'irritans : on y voit figurer toutes les substances alkalines de la matière médicale, singulièrement multipliées par l'activité des chimistes de nos jours. C'est proprement le traitement adopté, même encore aujourd'hui, par les médecins arriérés pour la *diathèse scrofuleuse*. Laennec ne croit guère à son efficacité; cependant il le prescrivait, comme ses ordonnances me l'ont prouvé, et il se l'appliquait à lui-même; car il avalait force savon. Tout cela s'explique par son souverain mépris pour l'irritabilité des voies gastriques.

Il n'accorde pas plus de vertu aux prétendus cicatrisans des ulcères du poumon, tels que les plantes aromatiques, les purgatifs, le baume de Tolu, ceux de la Mecque, du Pérou, la térében-

thine, le camphre, le soufre uni aux huiles; moyens qui, selon nous, ont été fort mal à propos transportés des ulcérations de l'extérieur à celles des viscères. Les gaz divers et les vapeurs balsamiques, qu'on s'est empressé de faire inspirer dans le même but, ne lui semblent pas plus utiles; tout cela ne peut avoir guéri que des catarrhes. L'auteur a plus de confiance dans l'air que l'on respire sur les bords de la mer. Il a soin de fermer les yeux sur les inconvéniens des vicissitudes atmosphériques, si communes dans ces parages, et particulièrement sur les côtes de l'Océan, à cause du flux et du reflux des marées; il n'a garde de tenir compte du refroidissement que l'évaporation fait subir à certains vents qui peuvent succéder plusieurs fois par jour à des courans d'air opposés, ce qui rend la température variable indépendamment des marées: comment ferait-il cas de tout cela, lui qui veut écarter, à quelque prix que ce soit, de l'étiologie des tubercules, les répulsions subites et réitérées de l'action et des fluides, de la périphérie vers l'intérieur? Il préfère au rationnel le merveilleux: c'est la vapeur des plantes marines qui jouit de la vertu antiphthisique; malgré tout ce que la température des côtes peut offrir de contraire à cette spécificité. Aussi fabriquait-il une atmosphère marine artificielle, dans une petite salle, à l'hospice clinique de la Charité, à Paris, en la faisant joncher et tapisser de varec. Les résultats n'en étaient pas, disait-il, *bien clairs*... toutefois il n'avait pas encore perdu l'espérance, puisque fort peu de temps après avoir publié son édition, il est allé, lui phthisique, finir ses jours dans la baie de *Ouarnenay*.

Tels sont les résultats de la passion et du travail de l'imagination, substitué à celui de la raison: Laennec néglige l'étude des lois physiologiques, l'observation de nos organes en rapport avec leurs modificateurs dans la recherche des causes de la phthisie, pour s'en tenir à *une altération inconnue des fluides, causé par un vice inconnu de la nutrition*, et il arrive par cette méthode, après d'excellentes descriptions, 1°, à la négligence des modificateurs les plus utiles; 2°, à la recommandation des modificateurs les plus nuisibles dans la maladie qui fait l'objet principal de ses recherches, maladie cependant à laquelle il a consacré sa vie entière et par laquelle il était destiné définitivement à la perdre.

Après les tubercules viennent les autres *productions étrangères*, qui ne nous arrêteront pas aussi long-temps, à beaucoup près.

Les *kystes* qui se développent dans le poumon, indépendamment de ceux qui circonscrivent quelquefois la matière tuberculeuse, sont bien décrits. Mais il valait autant ne leur assigner aucune cause que de les attribuer vaguement au vice de la nutrition, puisque tous les changemens de forme et de texture des organes accusent ce vice ou celui de la sécrétion.

Les *hydatides* ne donnant lieu à aucune innovation dans les théories pathologiques, ne m'arrêteront point ici. Les naturalistes ne liront pas sans intérêt la description qu'en donne l'auteur, qui a cru devoir les transporter dans la classe des animaux, sous la dénomination de *vers vésiculaires encéphalocystes*; car il n'a point trouvé de céphalocystes. Les *concrétions cartilagineuses, osseuses, pétrées, crétacées, du poumon* ont été mal à propos considérées par Bayle comme des causes particulières de phthisie pulmonaire. Elles ne sont, suivant Laennec, que des produits de la matière tuberculeuse. Cette opinion avait été émise par moi dans l'*Histoire des phlegmasies*, en 1809, et dans ma critique de Bayle, qu'on trouve dans le premier *Examen* de 1816. J'avais soutenu que ces concrétions n'étaient autre chose que de la matière tuberculeuse dépouillée de son humidité par la résorption, et réduite à ses élémens calcaires avec de la matière animale. Laennec dit, au contraire, que ces concrétions proviennent de ce que la nature sécrète trop de matière calcaire, c'est-à-dire beaucoup plus qu'il n'en faut pour former les kystes. Cette assertion est vague, mystérieuse, arbitraire, insignifiante; mais des milliers de faits, au milieu desquels figurent ceux de la goutte, prouvent que l'irritation, placée dans des tissus cellulaires, séreux, fibreux, lamelleux, lymphatiques, en un mot dans des tissus qui sécrètent, exhalent, charient, reçoivent en dépot la matière fibrineuse, albumineuse et gélatineuse du sang, peut y produire, suivant son degré et sa durée, des extravasations ou des dépôts qui varient en consistance, depuis celle du pus phlegmoneux, jusqu'à celle de la concrétion calcaire la plus sèche. La quantité d'albumine qui se rencontre dans ces irritations vasculaires chroniques est toujours en proportion de la part qu'y a prise l'irritation des capillaires sanguins; c'est-à-dire qu'il y a plus de fibrine et d'albumine dans le pus phlegmoneux, *intra* ou *circum-articulaire* d'un goutteux, qu'il n'y en a dans la concrétion calcaire également *intra* ou *circum-articulaire* du même goutteux. Nous avons eu dernièrement, au Val-de-Grâce, l'occasion de vérifier toutes les nuances de l'irritation vasculaire, depuis la simple rougeur jusqu'à la carie des surfaces articulaires, dans les diverses articulations d'un sujet goutteux; jamais plus belle occasion ne nous fut offerte de prouver la vérité et l'importance de la méthode physiologique. Ce fait frappa de conviction tous les assistans.

Qu'on ne croie donc pas que les concrétions des goutteux diffèrent, par leur nature, de celles des phthisiques, de celles des porteurs d'entéro-ganglionites chroniques et de laryngo-trachéites à excrétions calcaires, etc.; le siége immédiat, c'est-à-dire les tissus blancs et les degrés d'irritation sont les mêmes toutes les fois qu'il y a interposition dans les parties d'une matière calcaire; la différence est seulement dans l'organe et dans l'appareil dont le tissu, dépositaire de ces concrétions, fait partie; et si, au lieu d'être irrité dans le degré qui donne ces concrétions, il l'eût été dans d'autres, ce même tissu aurait pu donner ou du pus phlegmoneux, ou de la matière d'apparence de gelée (colloïde de Laennec), ou bien une bouillie à grumeaux calcaires, avec destruction de cartilages et d'os, quand la partie en contient; et quelquefois, au milieu de tout cela, des épanchemens purement sanguins.

Il faudra bien que l'attention des observateurs encore arriérés se fixe un jour sur tous ces rapprochemens générateurs de la vraie théorie médicale: ils y trouveront aussi l'explication des autres *productions accidentelles* de Laennec, dont il nous reste à parler; ce sont les *mélanoses* et *les encéphaloïdes du poumon*.

J'éprouve un sentiment pénible en lisant le chapitre de notre auteur sur les mélanoses du poumon. Jadis Bayle en avait fait une matière morbifique, génératrice de la phthisie, comme on l'a vu plus haut; je réfutai cette assertion en exprimant l'idée que les mélanoses du poumon n'étaient que les altérations ordinaires de cet organe, empreintes d'une matière colorante devenue prédominante avec les progrès de l'âge; et j'ajoutai que tous les foyers de phlegmasies étaient sujets à noircir par la vétusté. Il était difficile de me réfuter par les faits. Inter-

vinrent ensuite les précieux travaux de M. Breschet, qui firent voir que cette couleur noire dépend de la fixation de la matière colorante du sang : découverte qui semblait faite exprès pour confirmer notre opinion. Accablé par ces faits, Laennec s'est trouvé dans un extrême embarras : il ne fallait pas que la matière morbifique noire pérît; elle devait exister sous quatre formes : *en masses enkystées, en masses non enkystées; en matière infiltrée* entre les divers tissus des organes, et en *matière déposée à leurs surfaces*. Tout cela doit se rencontrer, selon moi, puisque la couleur noire n'est qu'un accident dans l'inflammation chronique comme dans la subinflammation, et Laennec aurait eu raison s'il eût adopté cette opinion; mais, voulant concilier sa matière morbifique noire, qui n'est que supposée, avec les faits bien constatés de coloration noire des tissus altérés par les irritations chroniques, il se tourmente et fait de vains efforts pour distinguer si des poumons durs, imperméables, tuberculeux, noirs, doivent cette couleur à la matière pulmonaire noire, croissant avec l'âge, ou bien à une infiltration de sa matière morbifique mélanique. Ne trouvant pas de différence, il a recours aux données approximatives. Ainsi, quand on rencontre dans un poumon des masses noires déjà ramollies (notez la condition), et configurées de manière à ne pouvoir être confondues avec les glandes bronchiques, on admettra l'existence de la mélanose. Mais si l'infiltration du tissu pulmonaire par la matière noire lui donne une densité égale à celle du foie, *pourvu que cette densité soit flasque, ou du moins qu'elle n'offre de la dureté que dans certains points cartilagineux*, on doit croire qu'un tel poumon n'est coloré que par la matière noire pulmonaire.

Je le demande, sont-ce là des caractères positifs? une pareille distinction n'est-elle pas une confession de défaite? Je ne cite pas les observations que l'auteur rapporte à l'appui de son système, car je les trouve incomplètes : elles laissent à désirer la description de la membrane muqueuse du tube digestif, et par conséquent l'influence que l'inflammation de ce tissu a pu exercer sur la marche de la maladie.

En résumé, nous connaissons deux espèces de couleurs noires, indépendamment du pigmentum de la choroïde; l'une particulière au poumon, que Fourcroy considérait comme du carbone, qui est normale, acquiert de la prédominance avec l'âge, et se communique aux altérations que cet organe vient à subir; l'autre qui est toujours anormale et se rattache à l'irritation chronique de tous nos organes : celle-ci paraît dépendante de la fixation de la matière colorante du sang, plus ou moins déviée de son état normal. On ne sait pas encore pourquoi, dans certains cas, cette mélanose se multiplie si prodigieusement dans divers tissus, comme on l'a vu chez l'homme et plus encore chez le cheval.

Il résulte de ce qui vient d'être dit, que Laennec ne pouvant plus prouver sa mélanose spéciale, qui se confond, ainsi que je le lui avais démontré, avec la coloration des produits de l'inflammation et de la subinflammation, prend le parti de la supposer, et lui assigne des caractères imaginaires qu'il ne peut justifier par aucune observation positive.

Les *encéphaloïdes du poumon* rentrent dans celles qu'il a décrites dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, et dont nous avons déjà parlé; l'auteur présente cette matière sous trois formes : 1°, enkystée; 2°, en masses irrégulières non enkystées; 3°, infiltrée dans le tissu de l'organe. Il leur accorde, comme à toutes ses prétendues productions à vie spéciale, trois périodes : 1°, celle de la crudité ou de formation; 2°, celle d'état, où elle ressemble à la substance cérébrale; 3°, celle de ramollissement, qui produit les altérations, etc.

Après avoir minutieusement décrit les deux premières formes, où l'on voit une matière blanchâtre ou jaunâtre qui se confond avec quelques formes de la tuberculeuse, enfermée soit dans un kyste, soit dans plusieurs lamelles celluleuses, l'auteur passe à la troisième forme, qu'il n'a point observée dans les poumons, n'y ayant vu que des masses non circonscrites, assez difficiles à reconnaître. Il ajoute que cette matière présente un aspect varié par son mélange en diverses proportions avec les différens tissus dans lesquels elle se développe. Ainsi rien de vraiment spécial sur cette matière cérébriforme, qui peut, comme la tuberculeuse, étouffer le poumon sous l'énormité de ses masses, soit enkystées, soit à cellules, soit simplement déposées dans le tissu du parenchyme. Mais si l'on songe que, de plus, cette matière offre, de l'aveu de l'auteur, de *l'analogie avec l'albumine*, en ce qu'elle se coagule ainsi par la chaleur, on pourra, je crois, fort bien lui appliquer tout ce qui a été dit de la matière tuberculeuse; de légères différences dans la consistance et dans la couleur, différences que l'auteur indique généralement, ou suppose plutôt qu'il ne les établit, ne devront pas nous arrêter; d'autant qu'on en observe de pareilles dans la matière tuberculeuse.

Nous soumettrons donc la sécrétion de la matière cérébriforme aux mêmes lois que celle de la tuberculeuse. Mais, pour nous mieux convaincre, interrogeons Laennec sur les *effets* des encéphaloïdes. Il serait difficile d'en parler d'une manière plus vague et plus contradictoire. La matière qui les constitue ne cause ni fièvre ni maigreur, et cependant elle occasionne l'une et l'autre; elle est délétère et elle ne l'est pas; elle détermine des colliquations et elle n'en détermine pas, etc., et tout cela, parce que notre systématique veut, à quelque prix que ce soit, mettre tous les symptômes et tous les accidens des malades chez qui la nécroscopie lui a montré de la matière encéphaloïde, sur le compte de cette matière qu'il a découverte, afin de lui donner plus d'importance. Pardonnons-lui toutefois, il n'avait pas, pour expliquer tant de symptômes, la connaissance des lois de l'irritation.

Telle est, en général, la méthode de notre auteur; et le défaut de cette connaissance peut seule nous l'expliquer : il crée un certain nombre de matières morbifiques, qu'il fait venir on ne sait d'où; qu'il dépose dans les organes on ne sait comment; qu'il fait vivre d'une vie spéciale, et mourir on ne sait pourquoi; qu'il ne saurait jamais démontrer sur le vivant, et auxquelles cependant il n'hésite pas à attribuer tous les maux de ses malades, lorsqu'il les a découvertes dans leurs cadavres.

Le chapitre VIIe du tome II est consacré aux *affections des vaisseaux et des nerfs des poumons*. Sur les vaisseaux, on ne trouve rien qui mérite d'être noté : quant aux *affections des nerfs*, j'ose avancer que l'auteur ne les connaissait pas, il ignorait comment l'irritation se propage des points phlegmasiés, des viscères dans les centres nerveux et dans les nerfs de l'appareil locomoteur et de la peau qui se trouvent le plus à proximité. Il devait confondre les irradiations douloureuses qui s'échappent du cœur et de l'estomac avec celles qui partent des poumons; ou plutôt il n'a l'idée ni des unes ni des autres. Au surplus, c'est un sujet encore neuf pour les médecins qui n'ont point été élevé à l'école phy-

siologique de France. Je ne puis mentionner cette seconde partie du chapitre que pour dire qu'elle est mauvaise, et qu'elle suggère un traitement presque toujours nuisible dans les douleurs qui peuvent être rapportées à la portion du torse qui correspond aux poumons.

Après les *affections des nerfs du poumon*, viennent les *affections nerveuses de cet organe;* cette ressemblance, dans les dénominations, fait soupçonner quelque vice dans la théorie : mais ne préjugeons rien. Nous trouvons d'abord les *dyspnées nerveuses*. Se livrant à quelques considérations générales, l'auteur rappelle que *Corvisart* a beaucoup réduit les asthmes prétendus nerveux des anciens, en rayant du catalogue de ces affections les altérations organiques du cœur, et quelques-unes de celles des poumons. Laennec met l'asthme en second ordre, parce qu'il a rapporté plusieurs dyspnées asthmatiques aux catarrhes secs, latens ou manifestes, à l'emphysème et à l'œdème des poumons. Ici je vois confusion : une irritation bronchique qui donne peu ou beaucoup de sécrétion peut bien être une cause d'asthme; mais l'emphysème et l'œdème ne peuvent pas être placés sur la même ligne que cette irritation, parce qu'ils ne sont eux-mêmes que des effets d'une autre affection.

C'est à une cause organique que Laennec attribue l'anhélation des apoplectiques, des épileptiques, des hystériques et des personnes sujettes à tomber en syncope; car, dans ces cas, il y a toujours des troubles dans la circulation, dans la respiration, et des congestions pulmonaires. Mais aussitôt que ces congestions manquent (et toutes les compressions et dépressions de l'organe peuvent les produire), la dyspnée mérite, selon lui, le nom de nerveuse.

Nous admettons volontiers ce principe, n'en ayant pas un meilleur : c'est celui de l'époque; et pour un fauteur des anciennes doctrines, tel que l'est notre auteur, c'est avoir fait un grand pas que de s'y être soumis. Nous prenons donc acte de cette soumission, et nous allons vérifier si toutes les dyspnées, qu'il qualifie de *nerveuses*, sont indépendantes des congestions.

La première qui paraît est la *dyspnée des personnes délicates*, qui se développe par l'effet des moindres affections morales... Ceci est vague; ces personnes délicates peuvent avoir une hypertrophie du cœur, etc.; dans ce cas, il y aurait congestion dans le poumon. Viennent ensuite :

La *dyspnée des personnes obèses*, attribuée par l'auteur à la dépense de l'action nerveuse... Ceci est faux : elle dépend de l'obstacle au cours du sang, qui détermine la congestion pulmonaire.

La *dyspnée par paralysie du diaphragme*... elle est facile à concevoir, mais difficile à prouver. Les muscles respirateurs ne se paralysent que dans les altérations profondes du prolongement rachidien, et la mort ne tarde guère... Mais bien des médecins peuvent prendre pour des paralysies de ces muscles leur diminution d'action, produite par le voisinage d'un foyer de phlegmasie. C'est ainsi que la pleurite, la péricardite, la gastrite et la péritonite peuvent suspendre la contraction du diaphragme. Mais il y a loin de là à la véritable paralysie.

Les *dyspnées par compression de la moelle cervicale, par rhumatisme des muscles respirateurs*, sont réellement nerveuses, aussi bien que celles qui sont produites par *les douleurs de l'estomac et des intestins;* mais la première est une débilité ou une paralysie consécutive, pendant que les deux autres sont des irritations primitives des muscles respirateurs.

Reste une *dyspnée particulière*, observée chez certaines personnes, et qui n'a lieu que lorsqu'elles ont les yeux fermés. Ne l'ayant point rencontrée, je ne saurais en parler.

Finalement, l'auteur s'arrête aux dyspnées *graves et durables*, auxquelles on ne peut assigner pour cause une altération *évidente* dans les organes.... Cette définition ne satisfait pas; car ce qui n'est pas évident pour le commun des praticiens peut l'être pour les bons observateurs de la vie, et tous peuvent découvrir une cause organique qu'ils n'avaient pas d'abord aperçue; il faut qu'il soit prouvé qu'il n'y a ni congestion ni compression dans le thorax, ni affection du cœur, pour qu'une dyspnée soit déclarée purement nerveuse, comme l'entend notre auteur; c'est-à-dire dépendante d'une constriction spasmodique des fibres contractiles, soit fibrineuses, soit gélatineuses des bronches.

Quoi qu'il en soit, Laennec regarde comme telles, 1°, l'*asthme avec respiration puérile;* 2°, l'*asthme spasmodique des praticiens*... Mais ceci est trop vague; c'est toujours le langage des botanistes.... Encore une fois, il n'est pas applicable à la médecine. Prenez un homme affecté d'une dyspnée intermittente, à périodes régulières ou irrégulières, et prouvez-moi, par l'analyse de ses fonctions, c'est-à-dire par l'examen scrupuleux de ses appareils fonctionnans, qu'il n'y a dans leurs tissus ni foyers de phlegmasies et de subinflammations, ni congestion ou extravasation permanente, ni atrophie, ni hypertrophie, soit innées, soit acquises, qui produisent les attaques d'asthmes. Si vous ne pouvez le démontrer, restez dans le doute et laissez faire des progrès à l'art du diagnostic. On a toujours la manie de vouloir faire les maladies comme les législateurs font les lois : tant de symptômes contre, tant pour; ceux-ci l'emportent en nombre; donc la maladie existe. Cette méthode devient absurde dès qu'on l'applique à de prétendus êtres dont l'existence est souvent problématique. Il faut, en pathologie, constater ce qui frappe les sens, et remettre son jugement à une autre époque pour tout le reste. Quant au traitement, on le dirige d'après l'analogie et la manière dont agissent les modificateurs.

Lorsqu'il n'aspire point à la création des entités morbides, Laennec est bon à lire. J'aime à trouver, dans le passage sur la respiration puérile, que le besoin de respirer peut être mesuré par l'intensité du bruit respiratoire, et que les enfans eux-mêmes ne sont pas une exception à cette règle; car, malgré leur penchant à courir, ils ne courent réellement bien que lorsque ce bruit diminue, c'est-à-dire, selon nous, lorsque l'obésité et l'hypertrophie cardiaque de la première enfance ont disparu. Ce bruit annonce, continue notre auteur, que l'étendue du poumon ne suffit pas au besoin de respirer. Très bien; mais pourquoi n'y suffit-elle pas? J'affirme, moi, d'après mon expérience, que c'est, le plus souvent, parce que le sang fibrineux ou séreux passe difficilement par les vaisseaux du poumon, et comprime et réduit les vésicules aériennes. Reste à bien déterminer la cause de cette stagnation; mais c'est à cela même que notre anatomo-pathologiste est le moins habile. Il observe fort bien cette dyspnée puérile dans ses catarrhes muqueux ou secs; il remarque avec justesse qu'un peu de mucosité dans les bronches suffit, chez certains sujets, pour la produire et même pour leur donner une sensation d'étouffement; que chez d'autres les mêmes effets sont produits par la marche, et disparaissent dès qu'ils sont assis; mais de ces faits il tire une mauvaise conclusion : c'est que, quand toutes les

cellules se dilatent bien, il faut chercher la cause de la dyspnée ailleurs que dans les poumons. Elle est donc, à son estime, dans l'innervation, et voilà le motif qui le porte à ranger l'*asthme, avec respiration puérile*, dans les névroses.

C'est là, tout juste, qu'est l'erreur : le bruit puéril démontre que l'air entre avec effort dans les vésicules; mais pourquoi? c'est parce qu'elles sont comprimées, nous avons vu comment, et que, pour cette raison, l'étendue de l'espace respiratoire ne suffit plus au besoin de la respiration. C'est Laennec qui l'a dit; il n'a fait que méconnaître la cause qui rétrécit cet espace, en la plaçant dans l'innervation, au lieu de la voir où elle est, c'est-à-dire dans une pression toute mécanique des vésicules par le sang.

Si quelqu'un s'étonnait que nous admissions cette pression pour les cas où un demi scrupule de mucosité dans les bronches, un léger mouvement musculaire, une attitude incommode suffisent pour déterminer l'étouffement, nous lui dirions que celui qui n'a tout juste que ce qu'il lui faut d'air pour respirer, ne peut en être privé sans des angoisses qui sont d'autant plus vives qu'il est plus nerveux. Qu'on suive ces individus dans le cours de leur vie, on les verra finir avec des congestions permanentes des poumons, soit par la maladie de cet organe, soit par celle du cœur; et l'on pourra vérifier qu'ils ont définitivement en relief, et qu'ils n'avaient jadis qu'en légère esquisse.

La seconde dyspnée nerveuse de notre auteur, ou l'*asthme spasmodique,* est caractérisé par la définition qu'en donnent *Sauvages* et *Cullen;* car, auparavant, toute dyspnée portait le nom d'*asthme*. Mais, depuis ces auteurs, on désigne seulement par ce mot, « toute dyspnée revenant par attaques, dans » l'intervalle desquelles la respiration est quelque-» fois tout-à-fait libre. Chaque attaque est à redou-» blemens quotidiens, débutant le soir ou la nuit, et » diminuant le matin à l'aide d'une expectoration » plus ou moins forte. » On sait que la plupart des praticiens tendent aujourd'hui à reconnaître à cet asthme une cause organique dans les bronches, le poumon, la plèvre ou le cœur, et l'auteur avoue que souvent la périodicité dyspnoïque en dépend; mais puisque les poumons ont des fibres contractiles, rien n'empêche, suivant lui, que l'asthme ne puisse dépendre de la constriction spasmodique de ces mêmes fibres. Il les suppose aussi douées d'une force d'expansion; et si cette force est vaincue par celle de contraction, le spasme existe, et l'attaque de l'asthme est constituée. Je ne rapporterai pas tous les raisonnemens de notre auteur pour prouver que l'inspiration est un mouvement actif d'expansion de la part des tissus pulmonaires. Tous les prétendus faits qu'il allègue sont supposés, car jamais il ne sera possible d'isoler l'expansion du poumon de la pénétration de l'air ou d'un fluide quelconque dans les vésicules pulmonaires, et la force qui pousse ce fluide est assez grande pour expliquer sa pénétration. Laennec cite Prus, qui a vu une portion de poumon herniée se dilater dans le moment de l'inspiration : mais Prus a-t-il donc prouvé que l'air du parenchyme ne pénétrait pas dans la portion herniée? Hélas! non : Prus était un sophiste de profession, qui n'était pas difficile sur les preuves : c'est sans doute par affinité d'organisation intellectuelle que Laennec l'a choisi pour son autorité... En général, cet auteur accueillait sans scrupule les assertions les moins prouvées, pourvu qu'elles vinssent d'un ennemi de la méthode physiologique.

Sans doute il est souvent possible d'admettre une constriction spasmodique des bronches, et de l'imaginer jusque dans les vésicules, où elle s'opposerait à l'introduction de l'air. Il est des cas où le contact de ce fluide sur la surface interne des bronches est douloureux, et produit à l'instant même une sensation de constriction et la dyspnée; ces cas sont ceux des bronchites, de la coqueluche, etc., où la muqueuse est très irritable; mais il y a toujours, en même temps, une congestion de sang dans les poumons; il en est d'autres où certaines vapeurs âcres, ou des odeurs même suaves, produisent le même effet; mais cela paraît souvent associé à un état habituel de congestion de sang dans le poumon. On voit quelques personnes que les affections morales, l'obscurité, ou une trop vive lumière, l'approche d'une autre personne qui se place devant leur face, empêchent de respirer; mais ce sont d'ordinaire des sujets à hypertrophie ou à dilatations du cœur qui offrent ces exemples, quand ce ne sont pas des catarrheux, des pneumoniques ou des pleurétiques. Beaucoup d'individus, dans notre espèce, vivent avec une poitrine étroite et un cœur volumineux, surtout dans les grandes villes, où le poumon prend rarement tout son accroissement, à moins que l'on n'ait passé l'enfance à la campagne. Eh bien! ces individus étouffent de temps en temps sans phénomène remarquable, s'ils ne sont pas nerveux, lorsque la circulation est mise en grand mouvement, ou qu'un obstacle quelconque empêche la liberté de la respiration; mais s'ils deviennent névropathiques, un rien les rend dyspnoïques, d'autant plus que le cœur s'amplifie et se ramollit davantage, et ce sont eux qui fournissent ces dyspnées extraordinaires, quant à leurs causes, dont les recueils d'observations sont remplis. En général aussi, lorsque l'irritabilité du cœur et celle de l'estomac sont simultanément augmentées, la dyspnée est très facile; mais, si j'en crois le rapport de mes sens, elle n'a lieu, dans ces cas, que parce que le spasme, soit du diaphragme, soit du cœur, détermine une stagnation du sang dans le parenchyme pulmonaire. Depuis long-temps je suis à la recherche de la cause prochaine de la dyspnée, soit continue, soit intermittente, soit périodique, et j'ai toujours trouvé que les causes qui la produisaient, qu'on les appelle organiques, nerveuses ou mécaniques, n'y parvenaient qu'en retardant la circulation du sang dans les vaisseaux du poumon. En avançant ce fait, je ne soutiens pas l'impossibilité d'une dyspnée sans congestion quelconque, ou, comme on dit, purement nerveuse; mais j'avoue que je n'en ai nulle idée (1).

Laennec étale une foule de moyens contre l'asthme, mais c'est d'une manière empirique. On y voit toujours figurer la stimulation de l'estomac. Les anciens la pratiquaient, le plus souvent, dans l'intention de fondre les humeurs visqueuses, qu'ils supposaient la cause des accès d'asthme. Leur prétexte était plausible, puisqu'ils voyaient presque tous ces accès se terminer par l'expectoration, au moment où elle cessait d'être visqueuse. Mais aujourd'hui que ce prétexte n'existe plus, d'où vient que l'on adopte tous leurs moyens, tels que les gommes-résines fétides, les savonneux, les alkalins, le kermès, la scille, les antiscorbutiques? ou qu'on leur en substitue d'autres non moins nuisibles à l'estomac, tels que les cantharides, les teintures

(1) Les dyspnées dépendantes des affections médullaires, de la lésion des nerfs pneumo-gastriques, des asphyxies, etc., sont bientôt avec congestion de sang dans les poumons.

arsénicales, le muriate de baryte, le carbonate et le sous-carbonate de fer, etc., sans daigner s'enquérir de l'effet qu'ils pourront produire sur l'estomac? Cette fière affectation de ne jamais avoir pitié de l'estomac, est proprement le caractère de la horde jésuitico-médicale.

Lorsque ensuite Laennec veut passer de l'empirisme aux explications, j'avouerai qu'il n'est pas toujours intelligible pour moi. Je le comprends lorsqu'il conseille de combattre les asthmes, qu'il reconnaît secondaires en attaquant la maladie dont elles dépendent. Mais lorsqu'il donne les narcotiques contre la cause nerveuse, dans le but de *diminuer le besoin de respirer*, je le trouve inintelligible. Est-ce donc que ce besoin tient à l'excès d'activité de l'innervation? ne vient-il pas plutôt du défaut d'espace dans les vésicules pour respirer? Si l'on nous avait dit que les narcotiques agissent en diminuant le spasme, soit du cœur, soit des poumons, soit des muscles, qui s'oppose à la liberté de la circulation et occasionne la stagnation du sang, cela aurait pu être compris, et l'on s'expliquerait comment d'autres modificateurs pourraient amener le même résultat. Nous connaissons bien des moyens pour détruire le spasme; mais nous ne saurions imaginer comment la diminution de la perception du besoin d'oxigénation peut apporter de la diminution dans ce besoin. J'ai souvent essayé de procurer du sommeil aux personnes malades du cœur, que le besoin de respirer tenait éveillées tout le long des nuits, qui se sentaient suffoquer aussitôt que le sommeil venait affaiblir les muscles inspirateurs, ou diminuer le nombre de leurs auxiliaires. Je leur donnais donc l'opium pour leur adoucir les angoisses, *pour leur faire oublier leur dyspnée*, leur donner le besoin du sommeil (c'est là l'idée de Laennec), en opposant ce besoin à celui de la respiration. Mais la lutte des deux besoins devenait alors si pénible, que les malades me conjuraient de les abandonner à leur insomnie.

La section quatrième de Laennec nous amène les *affections de la plèvre* : elles sont soumises aux mêmes doctrines que celles des autres tissus du poumon, ce qui doit abréger beaucoup notre tâche. Mais il y a quelques observations utiles à faire, et nous n'aurons garde de les omettre.

La première est relative à la division des pleurésies, qu'il s'est bien gardé d'appeler pleurites : 1°, pleurésie aiguë, franche, légitime; 2°, pleurésie hémorrhagique aiguë; 3°, pleurésies chroniques; 4°, rétrécissement de la poitrine, suite de pleurésie; 5°, pleurésies circonscrites et partielles; 6°, pleurésies latentes; 7°, pleuro-péripneumonies; 8°, empième des chirurgiens.

Exposer une pareille division, c'est la critiquer. Il eût été beaucoup plus naturel et méthodique de prendre la maladie dans son état aigu et simple; de faire connaître ensuite les dégradations diverses que subissent ses caractères distinctifs, et de finir par rendre compte de ses effets sur la structure, la forme, la composition des organes qu'elle affecte.

Pour la première section, la pleurésie *franche aiguë*, des caractères anatomiques précèdent encore le reste de l'histoire, méthode que repousse l'ordre chronologique des faits, et qui, d'ailleurs, n'offre à l'esprit rien de précis à cause des nombreuses variétés d'altérations que peut souffrir l'organe qui vient de s'enflammer. Ces variétés possibles sont elles-mêmes soumises à une foule de conditions de diverses natures : considérations de constitution, de traitement, d'état antérieur de l'organisme, de complications accidentellement déterminées, d'affections morales, de soins hygiéniques, etc. Tout cela peut faire que la plèvre qui est, au premier jour, comme tous les organes récemment enflammés, injectée de sang, exhalant ou sécrétant son fluide plus abondamment qu'à l'ordinaire, tendant vers la purulence, présente plus tard différens modes d'altérations et différens produits qui n'auront aucune ressemblance avec ceux du commencement. En posant chacun de ces modes à la suite des circonstances qui les amènent, on aurait fait de la pathologie éclairée par l'anatomie pathologique; car c'eût été mettre sous les yeux du lecteur les faits comme ils se présentent dans la nature, c'est-à-dire les dérangemens des fonctions sous l'influence des modificateurs du corps, et les altérations qui en résultent dans les instrumens de ces fonctions. L'enchaînement des faits et la tendance à l'étude de leurs rapports restent comme conséquence d'un pareil ordre, et la science pathologique existe. En prenant certain nombre de formes de ces altérations pour sujet de son texte, on ne fait plus que de l'anatomie pathologique embrouillée et obscurcie par la pathologie; car l'isolement des désordres organiques conduit à l'isolement des dérangemens de fonctions et à celui des causes de ces dérangemens : d'où résulte la tendance à la dissociation des faits, et à la destruction de la science pathologique, puisque ces sciences ne peuvent exister que par le secours des rapprochemens.

Cette méthode tend donc manifestement à substituer, d'une manière furtive et insidieuse, l'anatomie pathologique à la pathologie proprement dite, et à nuire par conséquent au développement des connaissances relatives aux maladies.

La *pleurésie hémorrhagique aiguë* est à tort érigée en un genre spécial : l'hémorrhagie est un accident qui peut se compliquer avec les pleurésies chroniques, avec toutes les inflammations de membranes.

Les *pleurésies chroniques* vont très bien après les aiguës; mais les *rétrécissemens de la poitrine* qui en résultent viennent aussi par l'effet des *pleurésies latentes*, des *pleurésies circonscrites* ou *partielles*, et des *pleuro-péripneumonies*; pourquoi donc n'avoir pas placé ces rétrécissemens à la suite de ces diverses formes de la pleurésie, et à côté de l'*empième des chirurgiens?*

Laennec ne considère l'hémorrhagie des pleurésies que comme un suintement de sang plus ou moins pur, dont la fibrine sert à l'organisation des fausses membranes, par son union avec l'albumine.

Je ne m'arrêterai point sur les détails qu'il donne à ce sujet. Il établit que c'est la fibrine qui sert le plus à la production de ces fausses membranes qui s'organisent, et sont elles-mêmes susceptibles d'inflammation et peuvent engendrer de fausses membranes nouvelles.

Ces fausses membranes peuvent, suivant lui, se gangréner aussi bien que la plèvre. Cette gangrène n'est presque jamais générale, ni même fort étendue; elle n'est pas primitive et ne dépend point d'un excès d'inflammation aiguë; elle est ordinairement la suite de l'ouverture dans la plèvre d'un abcès du poumon, et quelquefois ces gangrènes partielles sont la suite de pleurésies chroniques. Puis il décrit une gangrène générale des fausses membranes de la plèvre, l'attribuant à une diathèse générale... Tout cela n'est point net, satisfaisant. En résumant les faits, j'arrive à croire que ces cas de gangrène, sans excès de congestion sanguine, ne sont pas sans excès d'irritation, et qu'elles se rencontrent chez les sujets dont la matière nerveuse locale a été dénatu-

rée par des phlegmasies chroniques; car si l'inflammation, long-temps alimentée par les stimulans, repasse subitement à l'état aigu sous l'influence d'une nouvelle stimulation, on voit souvent paraître ces gangrènes après une courte exaspération, avec plus ou moins de douleur. C'est de cette manière, et par les phlegmasies chroniques des vaisseaux et des nerfs qui les accompagnent, que s'explique la majeure partie des gangrènes qu'on ne peut attribuer à l'excès de la congestion sanguine; d'autres dépendent des venins et des poisons; mais ce n'est pas le lieu d'en parler.

Laennec parle aussi des épanchemens pleurétiques, qui s'ouvrent dans les bronches, et par là s'évacuent. Il en attribue la découverte à Bayle; puis se corrige en disant que Bayle les a constatés; mais il ne parle plus de la prétention qu'avaient jadis ceux de son école de réduire toutes les vomiques à des épanchemens pleurétiques, avec fistules pulmonaires, communiquant dans les bronches. Il ne dit rien non plus de la réfutation que j'en ai faite en prouvant que ces cas n'étaient que des simultanéités d'une phlegmasie parenchymateuse et d'une membraneuse, c'est-à-dire de pleurites avec un abcès du parenchyme ouvert dans la plèvre du côté de l'épanchement, et que les liquides épanchés ne jouissent point d'une vertu perforante ou *fistulifique* qui puisse rendre raison de leur sortie par les bronches. Laennec se contente de supposer que toujours la perforation est l'effet des tubercules du parenchyme à moitié déprimé. Il croit dépouiller ainsi l'inflammation du parenchyme de toute participation aux perforations de la plèvre; mais cette prétention a déjà été appréciée.

L'auteur est satisfaisant dans l'exposition des signes de la pleurésie aiguë. On pense bien qu'il n'oublie pas d'insister sur ceux que peut fournir l'auscultation, et qui jouent en effet ici le premier rôle. Promptitude d'un épanchement, œgophonie; tels sont ses deux caractères principaux; mais il ne fait pas assez sentir quels symptômes peuvent indiquer que l'épanchement serait plutôt du sang qu'un autre liquide.

La marche de la phlegmasie est aussi bien décrite; mais, sur les causes, je trouve que l'auteur n'est pas complet, quoiqu'il soit ici meilleur qu'il ne l'est dans la plupart des autres maladies dont il a traité. J'avoue que je le trouve un peu léger d'avoir admis la possibilité de la contagion des pleurites.

L'analyse de ce qui concerne les *pleurésies chroniques* offrirait peu d'intérêt à nos lecteurs; pour les caractères anatomiques et les signes stéthoscopiques, chacun sait que personne n'a mieux fait encore; je n'en dirai pas ainsi de la marche, car notre auteur n'a jamais en vue que la maladie qu'il traite, et lui subordonne tous les symptômes comme faisant partie de son cortége. Il me suffira de noter ce qui est relatif aux doctrines. Laennec rend bien compte des collections d'aspects si différens qui se rencontrent dans les cavités thoraciques affectées de pleurésies chroniques; il regarde avec raison toutes ces humeurs plus ou moins liquides, transparentes ou troubles, ou concrètes, puriformes, diffuses ou circonscrites, à apparence de bouillie ou de fausses membranes en *deliquium*, tous ces dépôts albumineux, gélatineux, fibrineux, calcaires, comme le résultat d'un travail d'organisation avorté; mais il s'en prend presque toujours ou à des tubercules préexistans dans les parenchymes, ou bien à une dégénération scorbutique des humeurs. De même, lorsqu'il aperçoit une plèvre granuleuse, tuberculeuse, cartilagineuse, etc., il ne peut voir dans tout cela que des sécrétions de matières morbides dont le sang serait imprégné. Il dit pourtant que l'abondance de l'épanchement peut faire passer une pleurésie de l'état aigu au chronique, mais c'est par vice humoral. Il ne me paraît pas avoir assez réfléchi aux nombreux accidens provenant, soit d'un renouvellement du froid extérieur, soit de l'influence d'un autre organe irrité, qui peuvent venir interrompre le travail organisateur tendant à faire adhérer deux surfaces pleurales enflammées: aussi ne dit-il rien de l'effet sédatif de la nouvelle pluie séreuse ainsi produite, sur le mouvement inflammatoire, d'où résulte le passage de ce mouvement à l'état de subinflammation, *favente temperamento*.

Laennec ne pense pas non plus que la pleurite chronique puisse produire des tubercules dans les parenchymes, comme elle en produit dans les plèvres; il lui faut constamment une fatale priorité dans tout ce qui présente une apparence tuberculeuse. Ces vues exclusives sont fausses: si des milliers de faits prouvent que l'irritation capillaire, sécrétoire des produits morbides, peut exister dans les tissus en une foule de nuances diverses, un nombre non moins grand atteste qu'elle peut marcher dans toutes les directions, avec ces mêmes nuances. Je l'ai prouvé dans l'*Histoire des phlegmasies;* mais les preuves que j'y ai données ne sont rien en comparaison de celles que je pourrais fournir aujourd'hui. Je me contenterai, pour le moment, de répéter que j'ai souvent rencontré dans les pleurésies chroniques les tubercules commençant dans la plèvre, et se prolongeant dans le parenchyme induré en rouge, en quantité d'autant moindre que l'on s'éloignait davantage de la plèvre. Un tel état anatomique coïncidant avec le souvenir d'une pleurite antérieure à toute affection du parenchyme, ne saurait laisser de doute lorsqu'il s'est plusieurs fois reproduit.

Laennec a bien décrit et bien expliqué les *rétrécissemens de la poitrine*, avec son mat, qui succèdent aux pleurésies. C'est à la résorption très *lente* des liquides épanchés, à de fausses membranes fort épaisses, souvent doubles ou triples, cartilagineuses ou osseuses, qu'il faut s'en prendre, et le son mat ne vient pas de là, mais du resserrement des vésicules aériennes, à cause du peu de part que la cavité prend à l'inspiration. Le temps seul peut remédier à ce vice... : tout cela me semble vrai, parce que j'en ai fait la vérification en même temps que notre auteur; mais il a sur moi l'avantage d'avoir décrit tous ces changemens avec une scrupuleuse minutie. Ce qu'il n'a point compris, ce sont les dangers que court le parenchyme opposé dont l'action se trouve doublée par l'inertie de son congénère: il n'avait garde de le faire, lui qui ne tient aucun compte des suites de la suraction de nos organes.

Les *pleurésies circonscrites* ou *partielles* se déclarent, suivant l'auteur, dans un point resté libre, lorsqu'il y a des adhérences universelles d'un côté de la poitrine. Cette assertion est, je crois, trop absolue: qu'un grand nombre se forme ainsi, cela peut être; mais il serait possible que la pleurite fût primitivement circonscrite, et que les adhérences ne fussent pas universelles: j'en ai vu quelques exemples: on ne saurait fixer les limites de l'inflammation. Ces pleurésies peuvent être interlobulaires, sus-diaphragmatiques, dorsales. J'en ai vu de trois espèces, et je les ai rapportées dans l'*Histoire des phlegmasies* avant la publication du *Traité de la phthisie* de Bayle; une surtout, dont la collection formant hernie sous la voûte diaphragmatique du côté gauche, et présentant une tumeur volumineuse

qui déprimait la rate avec l'estomac, m'avait vivement frappé par la possibilité d'une méprise. Mais Laennec, qui appliquait sa haine jusqu'aux observations recueillies par ses adversaires, n'avait garde de la citer.

Les pleurésies latentes étaient communes, nous dit-il, avant la découverte du stéthoscope : grâce à cet instrument, on peut les réduire, 1°, à quelques pleurésies partielles très peu étendues; 2°, aux pleurésies fort communes qui surviennent dans l'agonie; 3°, à certaines pleurésies sèches, qui ne sont que le débordement de l'inflammation sur la plèvre dans les violentes péripneumonies; mais on ne trouve, dans ces dernières, qu'une exsudation membraniforme, sans épanchement, correspondant au point de la plus forte induration.

Le *traitement de la pleurésie* nous offre un nouvel exemple de l'esprit partial et haineux de Laennec. Après les saignées par la lancette, on peut, dit-il, placer les saignées locales. On préfère les ventouses, car les sangsues *peuvent tuer*. Lorsqu'on a guéri des centaines de pleurétiques par les sangsues; lorsque l'on a bien constaté qu'elles l'emportent en utilité sur la ventouse, sans doute à cause du suintement prolongé qui se fait par les piqûres de ces annélides, on ne saurait partager l'avis de notre anatomo-pathologiste. Il faut lire de telles expressions dans le texte original pour pouvoir croire qu'elles soient sorties de la bouche d'un praticien. Du reste, point de topiques, ni secs, ni humides; ils font plus de mal que de bien : quant aux vésicatoires, placés sur le point douloureux, ils sont dans le cas d'augmenter les épanchemens si on les applique trop tôt. Il vaut mieux les réserver pour les cas où la maladie tend à la chronicité!

Toutes ces sentences sont débitées avec beaucoup trop d'assurance. J'avais écrit dans l'*Histoire des phlegmasies* que le vésicatoire dissimule souvent la pleurésie sans la guérir, lorsqu'on l'applique sans un emploi convenable et suffisant des saignées : mais des cas nombreux m'ont prouvé qu'à la suite des saignées copieuses et précipitées, ces révulsifs sont si utiles, qu'ils peuvent enlever la phlegmasie et faire tomber la fréquence du pouls en moins de six heures. Les succès et les revers dépendent ici d'une foule de circonstances dont il faut savoir apprécier les influences. La date de l'invasion, l'intensité de la cause, l'âge et la prédisposition des sujets, la coïncidence ou la prédominance d'une autre phlegmasie, la facilité ou la difficulté avec lesquelles chaque tempérament obéit aux appels de révulsion, si notables chez certains sujets, si décisives pour le succès quand on les traite par les stimulans; tout cela doit être pris en grande considération. C'est surtout pour l'emploi de l'*émétique à haute* dose, que l'auteur veut ici faire valoir, au détriment de tous les autres moyens, et particulièrement des sangues, ses ennemies par excellence, que ces considérations sont d'un haut prix; toutefois l'auteur n'use de ce moyen que pour l'état aigu, ayant noté qu'il ne hâte pas la résorption dans le chronique, quoiqu'il l'ait employé pendant plusieurs semaines consécutives. Tout cela est débité sans qu'il daigne nous dire un mot de la manière dont l'estomac le supportait. Les gens de cette coterie affectent, pour déprécier les travaux des physiologistes, de ne jamais parler de la susceptibilité de l'estomac, et de faire agir leurs drogues selon la manière antique, immédiatement sur la maladie à laquelle elles sont adressées. C'est dans un tel esprit que notre auteur déroule la liste des diurétiques les plus excitans pour parvenir à la résorption des liquides épanchés dans les pleurésies chroniques; mais il n'est point de mon objet de le suivre dans les détails.

Suivent des détails sur l'*opération de l'empième;* après quoi l'auteur donne, dans un article particulier, les caractères de la pleuro-pneumonie, qu'il distingue, 1°, en pneumonie avec pleurésie légère; 2°, en pleurésie compliquée de pneumonie, et 3°, en pleuro-pneumonie proprement dite, où il suppose égalité des deux phlegmasies.... Comme je ne vois rien dans tout l'article qui déroge aux théories que l'auteur a déjà posées sur ces affections considérées isolément, je m'abstiendrai de toutes réflexions.

L'*hydropisie des plèvres* (*hydrothorax*) est une de ces maladies que le temps et l'observation ont presque détruites; Laennec en convient, et dit que Corvisart a beaucoup contribué à cette démolition en faisant voir qu'un grand nombre de ces maladies se rapporte aux affections du cœur et des gros vaisseaux. Mais c'est la connaissance des pleurésies chroniques avec épanchement qui a porté le coup le plus rude aux hydropisies de poitrine. Je crois y avoir contribué par l'*Histoire des phlegmasies* (t. Ier); car, bien qu'il eût signalé les pleurésies chroniques avec épanchement, Pinel avait trop respecté les hydropisies de poitrine des anciens auteurs.

Laennec fait effort pour assigner des caractères à l'hydrothorax; mais rien au monde n'est plus propre à montrer la futilité de ses prétentions : comment en effet poser des caractères anatomiques tout négatifs, et qui ne sont fondés que sur la comparaison, dans une maladie qui seule n'est presque jamais suivie de mort? On conçoit cependant la possibilité d'une suffocation par une pluie séreuse active dans les deux plèvres, sans véritable pleurite; mais il faut attendre les faits pour décrire cette affection. Quant à l'inondation d'une seule plèvre sans phlegmasie, elle est possible également, mais non mortelle, et ne peut qu'être soupçonnée dans certains cas. Au surplus, il faut savoir se résigner et ne pas affecter la prétention de décrire les maladies qu'on n'a pas assez observées, avec la même précision que l'on met dans la description des plus ordinaires. Laennec tombe souvent dans ce vice : c'est un de ses plus grands torts.

Par les mots *hydrothorax symptomatique,* l'auteur entend un épanchement séreux des plèvres *qui n'a guère lieu que chez les agonisans*. Toutefois, ailleurs il ne veut pas que l'on désespère de cette maladie, quand même il y aurait une affection organique du cœur. Cette contradiction n'est rien pour lui; aussi n'ai-je garde de m'y arrêter. Mais je ne doit pas laisser échapper la remarque que cette hydropisie symptomatique n'est qu'un fait d'anatomie pathologique mal à propos placé sur la ligne des maladies, faute très ordinaire chez notre anatomo-pathologiste.

N'apercevant non plus dans les *épanchemens de sang, que l'on trouve parfois dans la cavité de la plèvre,* autre chose qu'un fait d'anatomie pathologique, qui n'est point rattaché par l'auteur aux irritations vasculaires, de manière à présenter un intérêt physiologique, je passerai sur ce point pour arriver au *pneumothorax*. Ce n'est pas que cet état morbide soit traité plus philosophiquement qu'un autre; la sécrétion primitive d'un gaz dans les cavités pleurales n'est point prouvée. On n'y voit autre chose qu'un dégagement de gaz par la vaporisation d'une portion du liquide d'un épanchement qui ne remplit pas la cavité, soit parce qu'il est primitivement peu abondant, soit parce qu'il se trouve incomplètement résorbé, chose commune, ou complètement, chose très rare, sans que le poumon déprimé ait pu

se déployer pour se remettre en contact avec les parois. Les modifications vitales qui amènent tous ces changemens, ne sont pas mieux appréciées que celles des autres altérations du thorax. Toutefois, comme ici les signes tirés de l'auscultation sont d'un grand poids, cet article n'est pas dénué d'intérêt.

En effet, toutes les fois que l'on constate un pneumothorax, avec ou sans épanchement, avec ou sans excavation et fistule pulmonaire, on est acheminé vers la recherche des modifications anormales de la vie, auxquelles cet état morbide est subordonné. Un moyen sûr de diagnostic est donc ici une chose importante. Or, le véritable signe du pneumothorax se trouve dans la comparaison du son et de l'auscultation : son clair et bruit respiratoire nul, tel est ce caractère; il est précieux, et dû, sans nulle réserve, au talent observateur de Laennec. Joignons-y, toujours d'après lui, la *fluctuation hippocratique*, que détermine la succussion du thorax; le tintement métallique, pour les cas où le gaz et le liquide coexistent dans la même cavité; le son mat perçu simultanément dans la partie la plus déclive de cette cavité, ce qui varie selon la position du sujet. Enfin n'oublions pas que le bourdonnement ou résonnance amphorique se joint aux signes précédens, s'il existe une fistule qui établisse la communication des bronches avec la cavité de la plèvre, et nous aurons la somme des élémens du diagnostic pour ces cas presque toujours désespérés.

Mais, dit l'auteur lui-même, tout ce qui concerne le diagnostic n'est, pour ces cas, qu'une connaissance purement spéculative : *le traitement* est à peu près nul, ou seulement palliatif et modérateur des plus graves symptômes. Incapable de remonter de ces désordres à leurs causes, et de tirer de là des inductions sur l'art de prévenir des altérations irréparables, il se trouve réduit à chercher les moyens d'activer la sécrétion des liquides épanchés, et c'est toujours, comme on pense bien, sans ménager l'estomac. Quant aux fistules, elles ajoutent beaucoup aux difficultés du traitement; car, s'écrie notre rusé pathologiste, rien de plus rare qu'une fistule uniquement produite par l'action du liquide épanché et indépendante d'une excavation pulmonaire avec profonds désordres du parenchyme, souvent même avec formation d'une escarre gangréneuse.... Il se souvient que je me suis élevé contre lui et les siens lorsqu'ils attribuaient aux épanchemens une vertu perforative de la plèvre, et que je leur ai reproché de n'avoir pas observé dans ces cas-là la simultanéité d'un abcès parenchymateux, se faisant jour dans un foyer de pleurésie, avec épanchement. Mais au lieu de discuter la possibilité de ces perforations de la plèvre, épaissie par les fausses membranes qu'elle a sécrétées, Laennec les donne pour *choses fort rares*, et passe légèrement sur la question : telle est sa manœuvre. Plus tard nous aurons occasion de remarquer qu'elle est devenue celle de tous les médecins qui soutiennent les vieilles entités morbides, et prétendent les conserver à côté des nouvelles dans un cadre nosologique, monstrueusement bigarré. Par exemple, ils vous disent, sans avoir l'air de s'apercevoir qu'on les devine : « Il est bien vrai que la » majeure partie des *fièvres graves* dépend de la » gastro-entérite; mais il en existe aussi qui n'en » dépendent pas, et vouloir les nier c'est se mon» trer exclusif (1). »

Comme on le pense bien, Laennec n'a pu produire aucun exemple de succès des moyens thérapeutiques dans les modes d'altérations organiques dont il a fait ici des maladies.

Les *productions accidentelles de la plèvre* devaient être isolées des pleurésies, comme les productions accidentelles du poumon l'avaient été des catarrhes et des pneumonies. Tout pathologiste qui n'admettra pas l'irritation organique et ses degrés variés, avec les diversifications qu'elle subit dans les différens genres de tissus, sera réduit à suivre cette marche; mais il ne pourra jamais, pas plus que notre auteur, tracer les lignes de démarcation qui rendent ces *productions* essentiellement différentes de celles qu'il avouerait dériver de l'inflammation. C'est tout juste le cas où se trouve ici Laennec. Sa première section se compose des *productions accidentelles* qui se développent à la surface interne de la plèvre, *ordinairement avec un épanchement de liquide*. Or, nous venons de voir que ces épanchemens dépendaient des pleurésies qui sont de véritables inflammations : comment donc pourrait-on faire pour prouver que de prétendus *cancers cérébriformes*, qui paraissent *comme des amandes* sur la plèvre, *ordinairement entourées d'une rougeur qui s'étend à quelque distance*, et qui est due à de *nombreux vaisseaux sanguins*, sont indépendans de la pleurésie? comment convaincre les esprits sévères et difficiles sur les preuves que quelques *stries noires*, interposées entre les élevures en partie blanches, en partie jaunes et rouges, sont de la matière mélanique qui, non plus que les élevures, n'aurait rien de commun avec l'inflammation aiguë ou chronique que l'on vient de reconnaître dans la précédente section? Cette tâche était bien au-dessus de la puissance dialectique et même sophistique de Laennec; aussi ne l'a-t-il pas remplie, et tout homme sans prévention ne peut voir dans ses cancers cérébriformes et ses mélanoses de la plèvre, autre chose que des résultats de la pleurésie.

Laennec s'en est douté; aussi passe-t-il légèrement sur ces premières productions pour parler de *granulations*, qu'il nomme *tuberculeuses*, *semblables aux éruptions miliaires de la peau rouge, comme ces éruptions*, et qui se sont développées dans de *fausses membranes* produites par l'*inflammation*. Ici la difficulté pour donner le change est bien plus grande; l'inflammation, comme cause, est trop évidente; l'auteur est donc forcé de l'indiquer; puis il ajoute, selon la méthode déjà notée plus haut, et si bien imitée par son école, que ces granulations peuvent aussi se développer sans inflammation. Quant aux preuves, il n'en donne point; tout se réduit à l'assertion.

La seconde section montre des *productions accidentelles, entièrement solides de la plèvre*. Il s'agit de ces masses inertes de matière tuberculeuse, formant comme des morceaux de fromage, ou même beaucoup plus sèches, et représentant des fragmens de plâtras. Laennec ne nous apprend point qui lui en a fourni des exemples; il se contente d'ajouter qu'aucun observateur ne les a bien décrits. Ce qu'il y a de certain, c'est que j'en ai trouvé de semblables dans les pleurites chroniques, et que je les ai décrites dans l'*Histoire des phlegmasies*. Il est à croire que si notre auteur les eût trouvées ailleurs que dans mes ouvrages, il eût cité ses auteurs. Du reste, il les attribue à une sécrétion vicieuse de la plèvre... Même explication sur les prétendus amas de *matière cérébriforme*, que des observateurs qu'il cite ont rencontrées dans la plèvre. Il y a toute apparence que ces matières ne diffèrent pas de celles dont j'ai parlé; mais notre auteur se tient dans un vague qui ne me permet pas d'en donner la démonstration.

(1) Pour la question de la perforation des plèvres, sans abcès pulmonaires, nous renvoyons à M. Gendrin, *infrà*.

Enfin sa troisième section montre les *productions accidentelles*, développées entre la face adhérente de la plèvre et les parties voisines. Il s'agit des tubercules, des encéphaloïdes, des incrustations cartilagineuses et osseuses, des transformations de la plèvre; mais qui manifestement se sont formées dans le tissu cellulaire externe, puisque le feuillet lisse, séreux, passe par-dessus et les recouvre à l'intérieur. Que dire de l'indépendance du mouvement inflammatoire, où l'on veut mettre ces productions, après ce que nous avons dit à l'occasion des autres siéges qu'elles peuvent occuper? Laennec parle ensuite, d'après Haller et quelques modernes, de kystes qu'on aurait trouvés dans la cavité des plèvres, et s'évertue à prouver que son cylindre pourrait en procurer le diagnostic, aussi bien que des grosses collections de matière tuberculeuse. Laissons-lui ce plaisir, et notons seulement que toutes ces productions n'ont pu être isolées ni par lui, ni par personne, des diverses nuances de l'irritation organique.

Un article quatrième est destiné à démontrer que le passage des intestins dans la cavité pectorale, à travers du diaphragme, est un cas pour le diagnostic duquel le stéthoscope peut être d'un grand secours. Nous n'avons rien à dire sur ce sujet: chacun peut consulter l'auteur lui-même.

Maladies de la circulation.

L'auteur commence par celles du cœur: il consigne dans son ouvrage de longs détails sur les mouvemens du cœur, qu'il examine sous quatre rapports: 1°, l'étendue que le cylindre leur trouve; 2°, le choc ou la force d'impulsion de l'organe; 3°, la nature et l'intensité du bruit qu'il fait entendre; enfin, 4°, le rhythme suivant lequel les diverses parties du cœur se contractent. De là autant de chapitres où ces questions sont traitées avec beaucoup de détails, ce qui leur donne un haut intérêt. Mais il n'est point de notre objet d'analyser ce travail étranger à toute espèce de doctrine; il faut nous contenter d'en extraire les principales idées. L'étendue des battemens du cœur est en raison directe de la faiblesse et du peu d'épaisseur de ses parois. Le choc ou force d'impulsion est au contraire en raison directe de leur épaisseur, aussi bien que la lenteur du soulèvement de l'instrument par cette impulsion. Plus le bruit est clair, plus les parois sont minces. Les anomalies du rhythme sont les palpitations, les irrégularités, les intermittences, qui trouvent leur place dans la pathologie de l'organe. Pour les détails, nous ne pouvons que renvoyer à l'auteur même.

Les *anomalies du bruit du cœur* lui fournissent un cinquième chapitre fort intéressant, dans lequel il donne des détails sur le bruit de soufflet et sur le bruit de scie ou de râpe, qui n'en est qu'un plus haut degré. Il est des cas où le bruit de soufflet est sibilant, et Laennec lui donne le titre de *musical;* mais ce bruit ne s'entend que dans les artères.

Le bruit de soufflet du cœur n'est ni l'effet de la percussion de cet organe sur les parois, ni le résultat du passage du sang à travers des ouvertures ventriculaires, rétrécies ou ossifiées, puisque l'auteur l'a rencontré chez des sujets qui n'avaient aucune affection organique du cœur. Il se passe dans le tissu du cœur lui-même, ou bien il tient à la nature du sang. On a la présomption de la première de ces deux causes, et l'on a lieu de croire ce bruit un phénomène de vitalité, par un bruit plus ou moins rapproché de celui-là, que l'on entend dans la contraction des muscles locomoteurs. A cette occasion, notre auteur rapporte les expériences d'*Erman* de Berlin, et puis celles de *Wollaston*. Il les a répétées en appliquant et son oreille et son stéthoscope sur des muscles en contraction, ce qui lui a fait entendre tantôt un frémissement, tantôt un bruit comme celui d'une voiture éloignée. Le tétanos est une maladie des plus propres à l'exercice de ce genre d'auscultation.

C'est aussi par la contraction de la tunique musculaire des artères que Laennec explique le bruit *musical* qu'elles font entendre chez certains sujets, et dans ces vaisseaux comme dans le cœur ces bruits dépendent d'un *état nerveux*, car ils ne sont pas continus, et d'ailleurs ne s'observent pas dans l'état fébrile, *à moins d'une mobilité nerveuse particulière du sujet;* car Laennec avait toujours en réserve une exception pour chaque règle générale qu'il posait.

Le bruit de soufflet du cœur existe presque toujours dans le rétrécissement des orifices de cet organe, quoiqu'il soit indépendant de la collision du sang contre les orifices; il est commun dans les hypertrophies; mais le seul trouble de la santé qui lui a paru coïncider constamment avec le bruit du cœur et des artères, ou *à peu près*, car il faut toujours une restriction, c'est une agitation nerveuse plus ou moins marquée, qui est toujours en raison directe de l'étendue du bruit, c'est-à-dire du nombre et du volume des artères qui le présentent.

L'entité nerveuse, *bruit musical* des artères, ayant été ainsi créé, l'auteur s'occupe à l'instant même de lui assigner un pronostic; mais il y joint des restrictions qui nous dispensent de le considérer d'une manière sérieuse.

En somme, ce bruit, qui lui paraît tout vital, pourrait bien être purement mécanique; j'en ai la présomption fondée, surtout sur l'insuffisance de ses preuves; mais je craindrais ou d'être ennuyeux, ou de perdre mon temps à discuter sur des faits mal constatés, en m'arrêtant plus long-temps sur ce sujet.

La théorie nerveuse de Laennec s'applique encore au *frémissement cataire*, ou à ce bruit que la main posée sur le cœur perçoit dans certains cas, et que l'esprit compare au bruit que fait un chat auquel on passe la main sur le dos, en même temps qu'il fait entendre un murmure de satisfaction. Corvisart, qui le premier nota ce bruit, l'attribuait à l'ossification de la valvule mitrale, ou bien à un rétrécissement quelconque des orifices du cœur; mais Laennec, qui l'a rencontré sans aucun désordre dans ce viscère, croit devoir en faire un phénomène nerveux; ce qui me paraît aussi peu prouvé que l'assertion de Corvisart. Je crois voir dans ces deux opinions des généralisations précipitées, fondées sur une observation incomplète des faits, et je pense qu'il faut encore ajourner l'explication du bruit cataire, aussi bien que celle des bruits de soufflet, de râpe et de scie.

Les *battemens du cœur entendus à distance de la poitrine*, à celle de deux pouces à deux pieds, lui paraissent également nerveux et peu graves par eux-mêmes. Malgré leur nature nerveuse, ils dépendent d'un gaz dégagé dans le péricarde. On se demande alors pourquoi les autres bruits ne supposeraient pas aussi quelques dégagemens de gaz, soit dans les ventricules du cœur, soit dans la cavité cylindrique des grosses artères, et si ces dégagemens et la réplétion incomplète des cavités où le sang circule, ne tiendraient pas à un genre d'altération des parois ou du fluide qui les parcourt, qui n'est pas encore bien connu. Encore une fois, ces questions ne sont pas définitivement résolues.

Quelques médecins ont essayé l'application du stéthoscope de Laennec au diagnostic de la grossesse. Cet auteur les mentionne; rien de plus naturel. Il cite M. Kergaradec comme l'inventeur de cette application; beaucoup d'autres l'ont imité, et particulièrement M. Paul Dubois, qui possède, sur ce point de diagnostic, des observations nombreuses, que sans doute il mettra prochainement au jour.

Il définit après cela les *palpitations* « un battement du cœur sensible, et incommode pour le » malade, plus fréquent que dans l'état naturel, et » quelquefois inégal sous le rapport de fréquence » et de développement. » Il y en a de plusieurs degrés: 1°, le malade entend ses propres battemens, quelquefois même doubles, surtout quand sa tête repose sur l'oreiller; 2°, il n'y a que simple augmentation de fréquence, les ventricules étant simplement dilatés; 3°, il y a en même temps augmentation de force et de fréquence, surtout lorsque le pas est accéléré; cela correspond à l'hypertrophie. Presque toujours il y a augmentation simultanée de bruit et d'étendue des battemens; dans l'hypertrophie simple et intense il y a forte impulsion et soulèvement des parois, mais bruit plus sourd et souvent pouls faible; dans l'hypertrophie avec dilatation on observe augmentation simultanée d'impulsion, de bruit et d'étendue: là s'entend surtout le *coup de marteau*.

Ce peu suffit pour donner une idée de ce que l'auteur entend par palpitations; il n'y attache d'autre idée que celle de l'exagération des diverses actions du cœur.

Le chapitre des *irrégularités* et celui des *intermittences* complètent les désordres de cette section. Les variations ont lieu, 1°, dans la fréquence des battemens, qui est souvent augmentée dans les palpitations; 2°, dans des pulsations qui, soit plus longues ou plus courtes, interviennent dans une série de pulsations régulières; 3°, dans la force et la durée des pulsations des ventricules, comparées à celles des oreillettes: elles anticipent les unes sur les autres, elles se confondent, etc.; désordres qui peuvent se réunir aux palpitations, etc. *Quant aux intermittences*, on s'en fait assez l'idée. L'auteur les définit « une suspension subite et momentanée des » battemens du cœur, pendant laquelle l'artère est » affaissée et ne se sent plus sous le doigt. » La durée de l'intermittence est égale, ou supérieure, ou inférieure à celle d'une pulsation; mais il y a des intermittences incomplètes ou fausses, dans lesquelles le pouls se sent encore un peu. Il y a aussi des suspensions, l'artère restant pleine et tendue. Les intermittences vraies sont celles où l'artère ne se sent plus; elles sont communes chez les vieillards, et rares dans la vigueur de l'âge, à moins qu'il n'existe une maladie du cœur; ce qui suppose que les vieillards peuvent les avoir sans que leur cœur soit malade. Ces intermittences arrivent après la contraction des oreillettes, et peuvent être considérées comme des repos du cœur. Elles sont ordinairement irrégulières.

Suit une dissertation sur les auteurs qui ont traité des pulsations, tels que *Galien, Solano de Luques, Bordeu et Fouquet,* qui passent pour avoir porté des progrès très fameux sur la marche et les terminaisons des maladies aiguës, d'après les différences des pulsations artérielles; mais ces recherches doivent être faites dans d'autres vues, maintenant que l'on possède des notions plus précises sur les causes organiques des prétendues fièvres, et que l'on a pour but d'entraver leur marche, plutôt que de l'observer paisiblement dans une savante expectation. En effet, c'est par la connaissance des différens états morbides du cœur et des artères, par celle du siége et de l'étendue des congestions sanguines inflammatoires et par l'atteinte portée aux centres nerveux, que doivent être appréciées les différences des pulsations du cœur dans les maladies inflammatoires; et c'est pour fixer son opinion sur les moyens de ramener le plus tôt possible ces pulsations à l'état normal, en remédiant aux causes de leurs aberrations, et non pour s'exercer à des prophéties favorables ou funestes, que le praticien aujourd'hui s'exerce à ce genre de diagnostic. Au surplus, *Laennec* paraît s'être fort peu douté de cette différence relativement aux maladies aiguës.

Content d'avoir donné une idée succincte des recherches de notre auteur sur les différences que présentent les pulsations du cœur, nous abandonnons ce sujet, puisqu'il ne s'agit que de faits de pure observation, que tout le monde peut retrouver dans le texte, pour suivre Laennec dans son étude des *maladies du cœur;* car c'est là que se retrouve la théorie, et qu'il faut relever ce qu'elle peut avoir de faux ou de dangereux.

Des maladies du cœur.

Les plus graves et les plus fréquentes sont la *dilatation* des ventricules, l'*épaississement* de leur parois, la *réunion* de ces deux affections et leurs combinaisons diverses; la *persistance du trou de Botal;* la *perforation de la cloison des ventricules;* l'*ossification* des valvules sigmoïdes de l'aorte et des valvules mitrales; les *excroissances* placées sur ces mêmes parties. Viennent ensuite les *productions de diverse nature* qui peuvent se développer dans le cœur; mais elles sont plus rares, et ne troublent la santé qu'arrivées au point de produire l'hypertrophie ou la dilatation des ventricules; enfin la *dilatation des oreillettes* et leur *hypertrophie*, qui sont plus rares encore, et que Laennec considère comme produites par un état pathologique des valvules ou des ventricules. Après ces affections propres du cœur, il place les *maladies du péricarde et de l'aorte.*

Cette énonciation suppose une observation attentive et soutenue; mais elle ne donne point l'idée d'un esprit exercé aux rapprochemens physiologiques. Pourquoi placer en tête la dilatation et l'hypertrophie des ventricules, lorsque l'on dit bientôt après que ces lésions peuvent être l'effet des productions de diverse nature, qui se développent dans l'intérieur de ces mêmes ventricules? Il fallait commencer par les lésions que l'on croyait élémentaires. On dira que l'hypertrophie et la dilatation ne sont pas toujours l'effet des productions dont il s'agit, et que d'ailleurs celles-ci ne sont pas diagnosticables dans leur début. Eh bien! dans ce cas l'on devait commencer par la lésion qui les précède toutes également, y compris les dilatations et les hypertrophies des oreillettes, car elles devaient figurer à côté de celles des ventricules; or, cette lésion préliminaire est l'irritation du cœur, qui toujours se manifeste par des signes sensibles avant que les lésions organiques de ce viscère puissent être déterminées. Cet ordre aurait été physiologique; il aurait inspiré pour la suite la recherche des causes qui amènent cette irritation; et après les avoir exposées pour les cas où elles sont connues, on aurait placé ceux où elles ne le sont pas, et ceux où l'altération du cœur paraît innée. C'eût été procéder du connu à l'inconnu, et mettre les lec-

teurs sur la voie des recherches; en un mot, c'eût été faire de la pathologie, tandis que l'on n'a fait qu'une anatomie pathologique confuse.

Les symptômes généraux de toutes ces affections sont presque les mêmes, ajoute l'auteur; et il se met à tracer le groupe de symptômes qui caractérise tout *obstacle au cours du sang, placé dans le point central du cercle circulatoire.* Or, ce groupe est exactement le même qui nous a servi à caractériser une classe de maladies, que nous avons nommées, dans le premier *Examen, obstacles au cours du sang,* pour les distinguer des inflammations, des subinflammations, des névroses, des débilités, des empoisonnemens, etc. Nous avions cru devoir séparer ces symptômes de la foule des autres, pour prévenir les erreurs de pratique que leur méconnaissance peut produire, et depuis douze ans nous traitions dans nos cours les *obstacles au cours du sang* après les irritations, lorsque Laennec eut l'idée d'en profiter. Nous en sommes charmés, car il nous fâchait depuis long-temps de voir des praticiens conseiller l'exercice du corps aux personnes qui commencent à souffrir des irritations du cœur et des obstacles au cours du sang, qui nécessairement en résultent, sous prétexte qu'elles n'ont qu'une névrose, et qu'elles n'ont pas d'*affection organique.* Mais les praticiens auraient bien mieux profité de notre division si Laennec l'eût rappelée et consacrée par son adhésion, au lieu de s'en servir furtivement pour caractères communs à un genre d'affections organiques; car, par cet artifice, il les empêche de reconnaître la maladie lorsqu'elle est encore curable, et leur cache les véritables indications de cette époque si précieuse. En effet, s'ils ne trouvent pas de lésion organique, ils ne voient que des névroses, ils ne font rien pour la prévenir, et retombent dans la faute que nous avions voulu prévenir. Les médecins qui connaissent la doctrine physiologique comprendront tous cette distinction.

Ces symptômes sont les suivans : *respiration habituellement courte et gênée; palpitations* (qui ne sont pas de rigueur); *étouffemens par le mouvement et les affections vives de l'âme, et même sans cause appréciable; rêves effrayans, réveil en sursaut,* etc. Je passe sur tous les autres, qui appartiennent aux degrés plus avancés de ces maladies, c'est-à-dire à ceux où l'affection organique, devenue appréciable, peut en donner l'explication. C'est dans ce premier degré qu'il importe le plus de bien saisir les indications; mais si l'on n'est pas assez averti, on ne voit encore que de la névrose, et l'*affection organique*, qu'il fallait prévenir, ne l'est point. Au surplus, c'est une faute qu'un médecin qui n'est qu'anatomo-pathologiste ne saura jamais éviter.

Suivent les *altérations produites par les maladies du cœur sur la texture des autres organes.* L'auteur les décrit bien; mais il ne les apprécie pas toutes avec justesse. Par exemple, il n'attribue l'injection sanguine, qui se rencontre dans tous les organes de l'abdomen, qu'à la stagnation forcée du sang dans les vaisseaux capillaires. L'injection est telle, selon lui, que l'on croirait à l'inflammation de la membrane muqueuse du tube digestif, si l'on ne voyait pas l'affection du cœur, et si l'on ne savait pas que les stimulans ont été bien supportés jusqu'à la fin; donc, ajoute-t-il, l'injection sanguine ne suffit pas pour caractériser une inflammation de ces tissus.

Beaucoup d'erreurs, et des plus préjudiciables, existent dans ce passage. Il est certain que les affections du cœur produisent la stagnation du sang dans le foie et dans le tube digestif; mais il est faux que ces organes n'en soient pas irrités et surirritables. La duodénite et la pléthore du foie se déclarent plusieurs fois pendant la marche progressive des hypertrophies cardiaques, et exigent, pour être guéries, le traitement qui leur est particulier; car celui de l'affection du cœur ne les dissipe pas lorsqu'elles ont acquis de l'intensité. Si le médecin les néglige, comme le faisait Corvisart, qui ne les connaissait pas, elles font d'énormes progrès, et s'il s'obstine à déposer sur la villo-muqueuse irritée les drogues qui passent pour spécifiques des symptômes concomitans des anévrismes, comme la digitale, les narcotiques, les expectorans incisifs, les diurétiques, etc., les malades meurent au milieu des angoisses les plus horribles, qu'il eût été facile de leur épargner par une thérapeutique plus rationnelle. Il est donc faux de dire qu'ils ont bien supporté les stimulans jusqu'à la fin de leur vie, comme il l'est de soutenir que l'injection sanguine de la membrane soit alors étrangère à toute modification inflammatoire. L'injection d'ailleurs n'est pas la seule preuve de cet état. Les autres altérations de la gastrite et de l'entérite des grêles s'y trouvent toujours associés dans ces cas; et l'on peut affirmer, sans crainte de jamais se tromper, que tous les sujets, morts avec une affection du cœur qui offrent des altérations semblables à celles des gastrites et des entérites, en ont été attaqués. Il en est de même pour les traces de la pneumonie et de la bronchite, qu'ils peuvent aussi présenter; de même enfin pour les traces des inflammations des vaisseaux, quand on les trouve évidentes. Rien de cela n'est illusoire, et l'obstacle au cours du sang n'a servi que de cause prédisposante à ces phlegmasies.

Lorsque je sortis de l'école de Corvisart, je pensais comme Laennec sur les injections des viscères abdominaux; mais l'observation, et surtout la pratique, m'ont détrompé. Un médecin physiologiste peut conduire, le plus souvent, une affection organique du cœur incurable jusqu'à la mort, sans que ses malades soient tourmentés par l'inflammation du tube digestif, comme le furent ceux de Corvisart; et s'il ne peut éviter cette inflammation, il peut au moins signaler le moment de sa formation, et déterminer le lieu où elle se trouvera prédominante après le décès. Il en est de même, à peu près, pour les phlegmasies pulmonaires.

On s'attend bien que notre auteur ne laissera pas échapper l'occasion de faire valoir son stéthoscope comme l'unique moyen pour distinguer les affections du cœur au milieu des nombreux désordres qui peuvent les accompagner, et surtout des altérations pulmonaires, dont les symptômes ont tant de ressemblance avec ceux qui dépendent du cœur. Mais Laennec manque toujours de sagacité dans ce genre de rapprochement. Il ne s'est jamais appliqué à distinguer, parmi les symptômes que présente le poumon, ceux qui sont indépendans des maladies cardiaques d'avec ceux qui résultent seulement de la stagnation du sang dans le poumon, produite par le vice des fonctions du cœur. C'est ce que nous avons plusieurs fois vérifié en parlant de ses catarrhes et de ses œdèmes pulmonaires; alors il a souvent fait la faute de ne parler que de la maladie du poumon, lorsque les symptômes et l'autopsie concouraient à prouver que la langueur et la faiblesse des parois du cœur avaient déterminé, pendant un temps plus ou moins long, la stagnation du sang dans les vaisseaux du poumon. Mais on a déjà vu que, lorsqu'il traite d'une affection, il lui subordonne constamment toutes les autres comme autant d'attributs divers, et se sert quelquefois successivement de la même observation comme d'exem-

ple de plusieurs affections prédominantes. Ce n'est pas que l'auteur ignore l'influence du cœur sur les poumons, ni celle de ceux-ci sur le cœur; car il dit formellement, en traitant des causes, que l'œdème pulmonaire peut dépendre du cœur et que l'hypertrophie de ce viscère peut être causée par la toux et par tout autre obstacle au dégorgement des artères; mais cette réciprocité d'influence le met à son aise pour attribuer l'affection qu'il veut donner comme secondaire à celle qu'il a entrepris de considérer comme prédominante; et il ne manque pas d'en profiter.

Quant aux causes des hypertrophies cardiaques, étrangères aux affections du poumon, et aux obstacles provenant des rétrécissemens de l'aorte, il les réduit sans hésiter, aussi bien que les causes des végétations, ossifications, etc., au vice de la nutrition, sans tenir compte des agens extérieurs d'irritation qu'il fait profession de mépriser. Mais sur ce point, nous ne pouvons que renvoyer à ce qui a été dit précédemment.

Après ces considérations générales, Laennec entre dans la description des caractères anatomiques et des signes extérieurs des hypertrophies et des dilatations des ventricules et des oreillettes du cœur, lésions qu'il considère isolément d'abord, et ensuite dans les rapports et les complications qu'elles peuvent présenter entre elles. Le suivre dans ces détails, ce serait reproduire son travail, qui est entre les mains de tout le monde. Aussi ne l'entreprendrai-je point, d'autant que nous n'y trouverions, sous le rapport des doctrines, rien qui ne fût conforme à ce que nous avons déjà critiqué! Nous nous contenterons donc de quelques réflexions sur ce qui touche à la physiologie de ces affections.

L'auteur voit les causes les plus communes de dilatations et des hypertrophies des parois musculaires des quatre cavités du cœur, dans l'obstacle qu'elles trouvent à expulser le sang qui les traverse. C'est donc ou dans le poumon, devenu difficilement perméable par une cause quelconque, ou dans l'aorte rétrécie, ou dans les végétations qui peuvent obstruer les orifices du cœur, que sont placées ces causes. De tels obstacles peuvent, je le crois aussi, contribuer aux hypertrophies et aux dilatations du cœur; mais ce n'est point d'une manière mécanique ou par le résultat d'une sorte de fatigue des fibres des parois de cet organe. Ce doit être plutôt parce que le défaut d'évacuation des cavités du cœur empêche celle des veines de ce viscère, et maintient son tissu musculaire dans un état continuel d'engorgement sanguin. La même modification a lieu, à différens degrés, toutes les fois que le cœur éprouve des irritations fortes et prolongées. C'est ainsi que les passions, les marches précipitées, les fréquentes répétitions de l'état fébrile, et le transport dans le cœur des irritations rhumatismales et goutteuses, engendrent les hypertrophies et les anévrismes, en très peu de temps, sans aucun obstacle mécanique au dégorgement des cavités cardiaques.

Quant aux végétations, développées sur la membrane des valvules, elles ont la même cause que l'hypertrophie elle-même; elles sont le résultat d'une phlegmasie chronique de cette membrane, qui a déterminé une congestion dans le système vasculaire propre au tissu musculaire du cœur. Elles sont donc plutôt compagnes que causes de l'hypertrophie et de la dilatation, quoique, après leur formation, elles puissent contribuer aux progrès de ces altérations organiques. Mais Laennec ne pouvait pas comprendre cela, lui qui ne les attribuait qu'à un vice de nutrition. Il en faut dire autant des rétrécissemens de l'aorte: la phlegmasie qui les a déterminés dans cette artère a presque toujours été partagée par la membrane interne des ventricules. Mais cette même inflammation qui rétrécit la crosse, la dilate bien plus souvent encore, et, dans ce cas aussi, le ventricule gauche qui la partage s'hypertrophie et se dilate en même temps, sans qu'on puisse prétexter aucun rétrécissement qui ait offert quelque obstacle à la sortie du sang de cette cavité musculaire. Tous ces faits sont indiqués dans les propositions de l'*Examen des doctrines*, etc.

Laennec n'a donc avancé rien de satisfaisant en faisant naître, par un vice de nutrition inconnu et tout hypothétique, des obstacles mécaniques qui seraient la cause la plus fréquente des principales maladies du cœur.

En niant que l'endurcissement du cœur dépende de l'irritation, Laennec n'a rien substitué qui puisse être de quelque utilité pour la médecine.

On trouve quelque chose de bon dans l'article qui concerne le ramollissement du cœur; mais c'est seulement sous le rapport de la séméïotique: en effet, il est utile de savoir que tout bruit et toute vivacité dans les pulsations du cœur excluent le ramollissement; comme la mollesse et la lenteur des pulsations le font présumer, aussi bien que l'étouffement, la lividité des lèvres, la difficulté du mouvement et la faiblesse du pouls. Quant à la cause prochaine, point le plus important, puisqu'il conduit à la thérapeutique, la théorie de l'auteur est loin de satisfaire le véritable physiologiste: l'irritation et l'inflammation n'ont rien à faire ici, quoi qu'en ait dit M. Bouillaud, qui pourtant se connaît mieux en preuves que Laennec le sophiste. Le ramollissement du cœur, dans les fièvres que notre auteur affecte de nommer *essentielles*, parce qu'il est l'amant du vague et de l'insubstantiel, ne fait pas exception. C'est le vice de la nutrition qui les produit ici comme dans les hypertrophies, avec cette différence que dans celles-ci c'est la maladie du cœur qui vicie la nutrition; tandis que dans l'autre cas, c'est la fièvre. Si ce n'était pas l'hypertrophie qui produisît le vice de nutrition, une autre cause l'engendrerait, ou il se *produirait lui-même*...... Il est des genres de cerveaux qui ne reculent pas devant cette absurdité, et qui l'appliquent même à des questions du premier ordre. Si pourtant nous voulons substituer le langage de la raison au jargon des spiritualistes ou ontologistes, car c'est tout un, nous répéterons que ce qu'il y a d'évident, quand le cœur a été long-temps agité et turgescent, c'est toujours la surabondance de sang dans les vaisseaux propres et dans les fibres musculaires de cet organe, d'où doit enfin résulter leur ramollissement, comme on l'observe dans mille autres cas analogues, et nous rappellerons à cette occasion ce qui a été dit plus haut sur le rôle qu'on fait jouer à la nutrition dans la production des affections organiques. Au surplus, on peut juger combien Laennec était mauvais observateur en pathologie, et mauvais thérapeutiste, lorsqu'on le voit nier à M. Bouillaud que le ramollissement de l'estomac soit l'effet de l'inflammation de la muqueuse de ce viscère; il n'y voit qu'un résultat tout simple, comme beaucoup d'autres, *de la fièvre*, et qui cède aisément aux analeptiques: une pareille hérésie suffirait pour faire rayer son auteur du nombre des bons praticiens; et certes il ne fait rien qui tende à l'y rétablir lorsque, l'instant d'après, il conseille les amers, les ferrugineux, les antiscorbutiques contre les ramollissemens du cœur; car ces moyens ne sont propres, comme nous l'avons vu plus haut, qu'à augmenter les an-

goisses qui résultent de la stagnation du sang dans l'épigastre, et de l'irritation qui s'y trouve réunie. Lorsque l'on a pris du plaisir à lire quelques bonnes observations anatomiques ou séméïotiques dans Laennec, on regrette toujours qu'il n'ait pas borné là sa tâche, et qu'il ait absolument voulu se faire législateur de pratique.

Il ne dit rien de l'*atrophie du cœur,* comme produit des maladies ; mais il répète ce que nous avions écrit, qu'un petit cœur normal est une chose favorable à la santé, quoiqu'il expose, selon lui, certains hypocondriaques à des lipothymies.

Le *déplacement et les vices de conformation du cœur,* et leur séméïologie, sont fort bien, et ne se rattachent à aucune théorie médicale chez notre auteur. Nous pourrons donc, sur tous ces points, renvoyer nos lecteurs à l'ouvrage même. Laennec n'est dangereux que dans les questions qui peuvent suggérer des idées pratiques.

La *cardite* ou inflammation de la substance charnue du cœur, est divisée en générale et en partielle : la générale a été observée par Meckel, qui a trouvé le cœur infiltré de pus. Il fallait cela à Laennec, qui ne reconnaît d'autre inflammation que celle qui suppure, et qui ne peut rapporter qu'au vice de la nutrition toutes les irritations et congestions vasculaires qui dénaturent les tissus sans y faire sécréter de la matière purulente, pareille à celle du phlegmon. A la cardite partielle se rattachent les abcès qui se forment dans la substance du cœur. Mais l'auteur ne peut pas leur assigner de signes certains.

Les *ulcères* du cœur sont moins rares : on ne les diagnostique pas davantage; mais ils peuvent y produire des solutions de continuité et perforer l'organe en différens lieux, ce qui peut aussi arriver sans qu'il y ait ulcération. L'auteur cite des exemples de toutes ces lésions, extraits de plusieurs auteurs. On le lit avec intérêt dans tout ce chapitre qui, du reste, est de pure anatomie pathologique, et complètement nul sous le rapport pratique, attendu qu'il n'apprend point à ménager les irritations du cœur de manière à prévenir ou seulement à retarder la catastrophe.

Rien de satisfaisant sur la *surcharge graisseuse du cœur,* par rapport à la physiologie pathologique, et au traitement qui doit en découler. On apprend seulement que le cœur s'amincit par l'infiltration de la graisse, et qu'il n'en résulte point de rupture. Mais l'auteur n'a point pensé à rapprocher l'obstacle au cours du sang, qui en résulte, de tout autre embarras du mouvement circulatoire. On se souvient qu'il avait dit, en parlant des asthmes, que la dyspnée des obsèses dépendait de la dépense d'action nécessaire pour l'exécution de la respiration : tout cela ne sent point son observateur physiologiste.

Les *productions cartilagineuses et osseuses de la substance musculaire du cœur*, quel que soit leur siége, ne doivent être étudiées dans cet ouvrage que comme faits d'anatomie pathologique.

Quant aux *autres productions accidentelles, qui peuvent se développer dans le cœur*, elles se réduisent, pour l'auteur, à des tubercules, à un état couenneux, lardacé (encéphaloïde), à des kystes séreux, à des vers vésiculaires : c'est encore de la pure anatomie pathologique.

Les *endurcissemens cartilagineux et osseux des valvules du cœur, les épaississemens osseux et cartilagineux de la membrane interne* du même organe ont leurs *signes,* après leurs caractères anatomiques. Tout cela peut être lu avec un intérêt de curiosité sous le rapport de l'anatomie pathologique; mais rien, absolument rien qui puisse conduire à prévoir de loin ces désordres, et à s'opposer à leur production. Le *vice* de nutrition qui les détermine reste absolument indépendant et inaccessible au praticien jaloux de guérir.

C'est encore sous le double rapport de l'anatomie pathologique et de la séméïotique, purement et simplement, qu'il traite des *concrétions du sang,* dites *polypes du cœur et des vaisseaux.* Il pense, avec Corvisart, que des concrétions peuvent se former pendant la vie dans le cœur, comme elles se forment dans les sacs anévrismatiques. Il cherche les signes de celles du cœur pendant la vie, mais ne trouve que des probabilités : quant à celles des artères et des veines, il s'appuie du témoignage de *Hodgson, maladies des artères et des vaines,* traduit par M. Breschet, pour ce qui concerne ces altérations. Il ne s'est point exercé à les rattacher aux modifications des agens externes, dont le médecin peut modifier l'action en temps opportun. Toutes les formes des altérations organiques du centre de la circulation sont pour lui autant de *maladies*, dont il recherche les signes dans l'intérêt de son stéthoscope. C'est quelque chose; mais ce n'est que de l'anatomie pathologique et de la séméïotique.

Viennent enfin les *inflammations de la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux.* Laennec est très difficile sur l'admission de ces inflammations. Si l'agonie a été longue et laborieuse, si l'ouverture a été faite plus de trente heures après la mort, et si le sang est fluide, ce liquide peut avoir déposé sa matière colorante sur la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux, et rien ne prouve que l'inflammation soit la cause de la rougeur qu'elle présente à l'autopsie. L'auteur prouve cela par l'expérience suivante : il prend un morceau d'aorte, et après l'avoir rempli de sang et l'avoir lié aux deux bouts, il le laisse séjourner dans l'estomac du cadavre pendant vingt-quatre heures. De blanche qu'elle était, la membrane interne de l'artère devient rouge; et si elle n'était pas exactement remplie, la rougeur n'existe que par bandes, comme une espèce de ruban, et cette rougeur résiste au lavage. Casimir Broussais a répété cette expérience, et a prouvé que cette prétendue imbibition est bien différente de la rougeur inflammatoire. Cependant Laennec passe outre, et veut que le développement, c'est-à-dire l'épaississement des artères, avec injection de leurs vaisseaux propres, se joigne à la coloration rouge, pour que l'on puisse soupçonner qu'il y a eu de l'inflammation; mais la formation d'une matière coagulée et fibrineuse, adhérente à la membrane, les injections des tuniques propre et celluleuse des artères, la sécrétion du pus entre les tuniques et leurs ulcérations, sont les seuls signes qui, selon lui, fournissent la certitude complète de l'état inflammatoire.

J'ignore si la rougeur peut être produite par la seule imbibition dans la tunique interne des artères; mais je puis attester que depuis que j'ai connaissance de ces objections, j'ai souvent cherché cette rougeur à la suite des longues agonies, et que je ne l'ai trouvée que lorsque j'avais observé, pendant la vie, des symptômes qui m'avaient annoncé une forte irritation du cœur et des gros vaisseaux. Nul doute que l'inflammation soit incontestable lorsque l'on trouve l'injection sanguine des artères ou une couenne dans leur intérieur; mais faut-il conclure de là que ce phénomène n'a point existé lorsqu'on n'observe qu'une simple rougeur? je ne le pense pas, car les malades peuvent périr dans le premier degré d'une cardite et d'une aortite, avant que l'inflammation ait eu le temps de ramollir les tissus et de les pénétrer d'une forte injection san-

guine, à plus forte raison d'y former des fausses membranes et des ulcérations.

D'après ces considérations, je crois pouvoir avancer que, lorsqu'il a existé des signes non équivoques d'une surirritation du cœur et des artères, peu de jours avant la mort, et que la nécroscopie offre la rougeur indiquée, on a des preuves suffisantes de l'inflammation de ces organes. Je dirai plus; il ne me paraît point probable que l'état aigu puisse souvent déterminer seul l'injection et le développement des tuniques artérielles. Je pense que notre anatomo-pathologiste a assigné à l'artérite aiguë les caractères anatomiques de la chronique, qu'il a constamment méconnue. En effet, il n'en parle point, et met tous les désordres qu'elle peut produire sur le compte de *ses vices de nutrition*. Il faut toutefois distinguer plusieurs degrés de vétusté dans cette chronicité. Dans le moindre, on retrouve les traces cadavériques, mentionnées par notre auteur comme les seules traces des artérites; et dans les autres, toutes les désorganisations dont il rend la nutrition seule responsable. Les ulcérations des artères sont cependant pour lui une trace d'inflammation; mais il ne les fait point commencer par la tunique interne; elle est trop ténue pour pouvoir s'y prêter. Il en trouve l'origine dans la tunique moyenne et dans l'externe ou cellulaire. Là se forment de petits dépôts de matière sécrétée, qui s'ouvrent dans l'intérieur et y forment *probablement* des cavités ulcéreuses. Hodgson et Kreys sont cités; mais l'auteur ne veut pas que l'on confonde ces dépôts avec le produit de l'inflammation, qu'il se garde bien d'appeler chronique. Certains décollemens des ossifications lamelleuses qui, formées sous la tunique interne, la déchirent, et donnent lieu à de petits hiatus dans lesquels s'amasse de la fibrine qui se décompose et prend l'aspect d'une pâte friable contenant du phosphate calcaire, terreux, ne dépendent pas non plus de l'inflammation : si on leur trouve des bords rouges, il ne faut pas y voir une inflammation, mais une simple imbibition de sang; car aucun signe, ni local ni général, n'a attesté l'état inflammatoire.

On voit par cette assertion jusqu'à quel point Laennec pousse l'arbitraire dans ses décisions : de son autorité souveraine, il partage les altérations organiques réunies, confondues, des mêmes artères, en inflammatoires, et en non inflammatoires. Les ulcérations le sont; les ossifications ne le sont pas. Le vice de nutrition non inflammatoire agit tout à côté de l'inflammation sans en être dépendant. Notre homme est sûr que la rougeur des déchirures, causées par les lamelles osseuses, est indépendante, comme ces lamelles, de l'inflammation dans une artère qui peut offrir à peu de distance des désordres qu'il attribue à ce phénomène. Il est si étranger à toute notion relative aux inflammations chroniques et aux subinflammations, qu'il lui faut des symptômes violens, analogues sans doute à ceux du phlegmon, pour avouer l'existence d'une artérite, et pourtant l'observation atteste journellement que les ulcérations, qu'il reconnaît pour inflammatoires, peuvent se former sans que ces symptômes aient existé. Il s'est flatté sans doute que sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, son affirmation tiendrait lieu de preuves.

Les *concrétions polypiformes du sang* sont traitées par Laennec avec beaucoup de détails. Il cite Kreysig et Burns, qui pensent que la membrane interne des vaisseaux enflammés arrête des globules de sang qui passent, et les coagule; d'où résulte l'oblitération de ces vaisseaux. Mais il ne croit pas à ce mécanisme. Son opinion est que le sang, devenu stagnant dans les vaisseaux, par une cause quelconque, fût-ce par la syncope, peut y former un caillot fibrineux qui possède la vie, et s'organise aussi bien que la couenne inflammatoire. Il accorde la même propriété à toute matière plastique exsudant des vaisseaux non enflammés, et cite en preuve les adhérences qui réunissent les solutions de continuité, faites par des instrumens bien coupans, sans qu'il se soit développé d'inflammation. Il a vu des adhérences entre les plèvres, produites par des exsudations également indépendantes de l'inflammation, et des concrétions de lymphe coagulable organisée dans les bronches. Il va jusqu'à soutenir que les flocons d'albumine, nageant dans la sérosité ascitique des hydropiques les plus cachectiques, se réunissent et forment des corps inadhérens, doués de la vie. Selon lui, la stagnation du sang dans les veines suffit pour qu'il s'y forme des caillots qui les oblitèrent.

Après tout cela, il admet que le caillot, formé dans les vaisseaux, y détermine de l'inflammation et une exsudation plastique avec laquelle il adhère; ce qui produit l'oblitération, et quelquefois des inflammations qui suppurent en fort peu de temps. Le pus, résorbé par les veines dans les foyers purulens, les enflamme et les conduit aussi fort vite à la suppuration. C'est ainsi qu'il explique les pneumonies lobulaires, si communes chez les blessés.

Dans tout cela, je vois d'utiles observations; mais aussi plusieurs assertions gratuites, et le tout dans l'intention d'accréditer le plus possible la pathologie humorale. Tous les médecins savent qu'il se forme des caillots dans le cœur et les gros vaisseaux, durant les derniers momens de la vie, chez les sujets qui périssent par obstacle au cours du sang. Les oblitérations de veines se voient dans les phlébites dites *varices*, et dans des anciens foyers des congestions sanguines viscérales mal traitées; mais il y a de l'exagération à multiplier, comme on le fait ici, les coagulations et les obstructions sanguines à l'occasion de tous les ralentissemens du cours du sang, dans la syncope, par exemple. Les autopsies ne justifient point tous ces infractus indépendans de l'inflammation, et la plupart sont imaginaires. Autrement il n'y aurait point de mort par gastro-entérite chronique, avec ralentissement du pouls (et elles sont communes), qui n'en offrît dans le mésentère et dans la rate.

Les végétations qui se développent sur les valvules et sur les parois des cavités du cœur sont divisées, par notre anatomo-pathologiste, en celles de *forme verruqueuse* et en *vésiculaires*. Corvisart regardait les premières comme vénériennes. Laennec repousse cette idée avec raison. Kreysig, Bertin et M. Bouillaud les attribuent à l'inflammation, après des rapprochemens faits pour opérer la conviction. Mais notre auteur, qui n'entend pas toujours raison lorsqu'il s'agit de ce phénomène, aime mieux y voir, on ne sait sur quel fondement, des précipitations de la fibrine du sang qui se coagule et s'organise sur ses surfaces.

Quant aux polypes vésiculaires, personne ne les avait bien décrits dans le cœur; aussi l'auteur se complaît-il à leur description minutieuse; c'est son genre. Il en cite un pareil, trouvé adhérent dans l'estomac d'une jeune fille, et contenant de l'arsenic qu'elle avait avalé. Personne ne put méconnaître dans ce caillot un produit de l'irritation inflammatoire et hémorrhagique, déterminé par la stimulation de l'arsenic, et ce fait, avec l'aspect de la membrane interne du cœur quand elle en offre de sem-

blables, ne permet pas de douter qu'une irritation plus ou moins inflammatoire ne préside, dans tous les cas, à la formation de ces corps étrangers. Cependant notre auteur pense autrement; il voit dans les polypes un caillot, formé libre d'abord entre les colonnes charnues du cœur, qui s'organise d'abord, et se colle après cela à la surface de la membrane qu'il irrite. Il faut bien aimer les hypothèses, et bien compter sur la docilité des lecteurs, pour croire qu'ils admettront sans preuve une assertion aussi téméraire.

Quant aux signes de ces productions, nous renvoyons à l'auteur même, que nous ne voulons pas copier, et dont nous n'avons pour but que d'étudier et d'apprécier la doctrine. Ce que nous en avons vu jusqu'à ce moment suffit bien pour justifier notre intention.

Après avoir établi les caractères anatomiques de la *péricardite aiguë*, l'auteur se plaint de l'obscurité des signes, et ne pense pas que le stéthoscope lui-même puisse en fournir de certains, surtout lorsque cette inflammation est compliquée de celle de la plèvre et des poumons. La description de cette maladie n'ayant point offert à Laennec l'occasion d'émettre des vues théoriques en opposition avec la doctrine physiologique, nous n'avons point de remarque critique à faire. On lira cet article avec beaucoup d'intérêt : nous n'y ajouterons que la remarque suivante :

L'obscurité des signes de la péricardite vient d'abord, selon nous, de ce qu'une foule de maladies, qui ont leur siége hors du cœur, peuvent produire dans cet organe toutes les altérations de pulsation que détermine la péricardite elle-même. Cette obscurité tient encore à la facilité qu'il y a pour le médecin, et aussi pour le malade, de confondre les douleurs qui partent du cœur avec celles qui viennent de la plèvre voisine, du diaphragme, de l'extrémité cardiaque de l'estomac, et même des muscles intercostaux qui correspondent au cœur, et nous pouvons ajouter qu'effectivement le tissu du cœur participe quelquefois très vivement aux souffrances de ces organes, et qu'il éprouve alors dans ses mouvemens des modifications analogues à celles que lui causerait l'inflammation de la tunique séreuse. De là la difficulté du diagnostic de la péricardite, qui d'ordinaire ne devient évidente que par l'excès de la collection séropurulente, ce qui suppose presque toujours le passage à l'état chronique.

Toutefois cette difficulté de diagnostic est moins grave pour le médecin physiologiste que pour tout autre; lorsqu'une inflammation se déclare dans un point du corps où plusieurs organes sont en contact, que lui importe, sous le rapport du traitement, lequel de ces organes est le plus fortement attaqué? Les indications curatives ne sont-elles pas les mêmes dans le début, c'est-à-dire dans le moment où il importe le plus d'agir avec une grande célérité? Plus tard, si la phlegmasie n'a pas cédé, l'organe malade se décèle par la lésion de ses fonctions, et nous dévoile de nouvelles indications.

Laennec donne pour caractères anatomiques à la *péricardite chronique* d'offrir une rougeur plus forte que l'aiguë, et disposée par taches qui semblent y avoir été posées avec un pinceau; d'avoir rarement une pseudomembrane qui est plus mince que celle de l'aiguë, et paraît comme une couche de pus très épaisse; enfin, l'épanchement qu'il lui assigne est lactescent. Il pense que les adhérences générales, qui font paraître l'enveloppe du cœur comme collée sur cet organe, sont le produit de cette nuance de péricardite.

Nous avons vu des péricardites chroniques presque sèches, ou n'ayant qu'une once ou deux de sérosité limpide, avec des taches rouges, granuleuses sur la membrane séreuse, telles qu'on en trouve quelquefois dans des pleurites de la même nuance. L'anxiété, la tristesse, l'immobilité, avaient été extrêmes dans les deux cas de ce genre que nous avons remarqués; mais il y avait simultanéité de gastrite. L'inflammation péricardienne n'avait point été annoncée; mais nous avions parlé d'une irritation du cœur, dont nous pensions que l'on devrait trouver des traces dans la nécroscopie. Nous nous fondions sur des pulsations dures, avec un endolorissement constant à la région du cœur, le tout avec les signes de l'inflammation chronique de l'estomac.

Notre auteur parle de l'*hydro-péricarde* sans phlegmasie; mais c'est pour suivre les traces de l'antique, ou plutôt du moyen-âge, car il n'en a point vu d'exemple, et il se borne à en tracer les signes par supposition, pour servir et valoir au besoin.

Le *pneumo-péricarde* devait avoir aussi son article; car il faut parler de toutes les maladies que l'imagination vagabonde des auteurs a pu créer, pour ne pas être *exclusif*. Or, ce pneumo-péricarde n'est autre chose que la gazéification d'un peu de liquide épanché dans la membrane, ce qui n'a lieu que dans le cadavre, ou tout au plus dans les derniers instans qui précèdent la mort. Laennec croit l'avoir diagnostiqué sur le vivant, en retournant, flairant, percutant, auscultant les pauvres agonisans. Mais, de bonne foi, y a-t-il dans ce petit fait d'anatomie pathologique les matériaux nécessaires pour l'érection d'une *maladie?*

Le chapitre XXIV, destiné aux *productions accidentelles, développées dans l'épaisseur des parois du péricarde*, est assez pauvre. Il ne s'agit que de quelques tubercules ou de quelques kystes qu'on y a parfois trouvés, et enfin d'incrustations osseuses, telles que nous en avons rencontré une qui formait une sorte de boîte solide dans laquelle le cœur était encaissé. Laennec a daigné nous citer.... non en mauvaise part, à cette occasion.

En traitant *ex professo* des *affections organiques de l'aorte*, il débute par l'inflammation, et répète, avec plus amples développemens, ce qu'il a dit des petites pustules suppurantes formées dans l'épaisseur des parois de cette artère, et qui s'ouvrent à sa surface interne. Il passe ensuite au mode de formation des lamelles cartilagineuses qui se développent par points isolés, tendant à se réunir derrière la tunique interne; il en détermine très bien la forme et la position; mais il tient à en exclure l'inflammation. C'est en vertu de cette aversion, qu'il a pour toutes les nuances inférieures de l'inflammation, qu'il s'élève ici contre M. le professeur Bouillaud, qu'il trouve aussi vague que Broussais dans les idées qu'il a de l'inflammation, et contre le rôle qu'ils lui font jouer. Où est, dit-il, l'orgasme inflammatoire générateur de ces productions osseuses? On voit qu'il ne sort pas de son idée exclusive, qui consiste à ne voir l'inflammation que dans le phlegmon. Il trouve plus simple d'avouer que les causes de ces ossifications, comme celles des cancers, sont inconnues. Voilà les hommes à prétentions outrées en fait de science. Ce qu'ils ne conçoivent pas, personne ne doit le concevoir. Il n'y a que la phrénologie qui explique ce travers de l'esprit humain, en faisant voir que nul ne peut se faire une idée des phénomènes extérieurs, s'il n'a dans son appareil encéphalique les organes qui leur correspondent assez développés, et si l'action de ces organes n'est point paralysée par l'action prédominante de quelques autres. Il est vraiment dans l'observation phy-

siologique de l'homme une série de rapprochemens pour lesquels notre auteur ne paraît pas avoir eu d'organe.

Quelques mots sont dits ensuite sur les *vices de conformation de l'aorte*, après quoi il s'occupe des *anévrismes de l'aorte*. Il ne croit pas devoir nier qu'ils ne puissent s'effectuer par une dilatation simultanée de toutes les tuniques de l'artère. Rien de plus positif, en effet, et la crosse aortique en fournit assez d'exemples. Ces sortes d'anévrismes, qu'on nomme *vrais*, sont toujours d'une certaine étendue. Qu'on nous permette un rapprochement : tous les foyers d'inflammation où se trouvent de fortes branches artérielles n'en sont-ils pas autant de preuves? Ces vaisseaux se réduisent à mesure que l'inflammation se dissipe. Fort bien ; mais, lorsqu'elle devient chronique, ils restent volumineux. Il est un terme de durée à la possibilité de leur réduction. Combien n'avons-nous pas vu de cas où les artères opistogastriques et mésentériques sont restées excessivement volumineuses jusqu'à la mort? Un des effets des phlegmasies prolongées et souvent renouvelées est à coup sûr de grossir et de multiplier les vaisseaux des organes, à tel point qu'ils ne sont plus réductibles à l'état normal. Si donc l'aorte avait souffert quelque part une inflammation prolongée par les expectans, ou exaspérée long-temps par les tonificateurs, il se pourrait que cette artère ne revînt point à son calibre normal, et que sa mollesse, produit de la phlegmasie, lui permît de céder à l'impulsion du sang, et la rendît anévrismatique. Nous en avons rencontré un exemple bien frappant au Val-de-Grâce. La crosse de cette artère joignait, à un calibre extraordinaire, une épaisseur de ses parois de près d'un demi-pouce, par le dépôt entre ses tuniques d'une matière albuminoso-fibreuse, véritable sécrétion subinflammatoire; des lamelles osseuses se voyaient au-dessous de sa tunique interne, et deux des artères qui s'élèvent de la crosse étaient oblitérées à leur embouchure vers ce gonflement, l'une entièrement, et l'autre à moitié; nous ne nous rappelons pas précisément laquelle l'était complètement; c'était peut-être la sous-clavière gauche, car le pouls manquait de ce côté. Au surplus, nous croyons avoir publié ce fait, mais nous ne nous rappelons pas s'il a été déposé dans les *Annales de la médecine physiologique*, ou ailleurs.

Quant aux anévrismes faux, qui ont rarement leur siége à la crosse, ils consistent d'abord dans une dilatation très circonscrite, et d'un seul côté, en une sorte de hernie de l'artère qui se déchire bientôt. Laennec leur assigne pour causes, 1°, les incrustations osseuses des artères et la déchirure qui résulte de leur soulèvement; 2°, les gerçures et les petites ulcérations de la membrane interne ; 3°, les tubercules ou les petits abcès développés dans l'épaisseur de la membrane fibrineuse qui se font jour à l'intérieur de l'aorte. Cette explication de Laennec lui paraît rentrer dans celle de *Scarpa*, qui le premier attribua les anévrismes à des dégénérations stéatomateuses, ulcéreuses, fongueuses et squammeuses de la tunique interne de l'aorte, lesquelles, rompant sa tunique propre (la fibrineuse), donnent lieu à l'anévrisme. La différence est ici que Laennec fait naître les dégénérations, non dans la tunique interne, mais dans la propre, ou bien dans les lamelles cellulaires interposées entre les diverses tuniques. Scarpa aura toujours la priorité pour avoir fixé l'attention sur les altérations organiques des artères, comme cause des anévrismes faux. Laennec, selon nous, se rapproche davantage de la vérité, puisqu'il détermine mieux le siége de ces altérations; mais ils n'ont ni l'un ni l'autre compris le rôle de l'irritation dans la production de ces désordres : nous accusâmes l'inflammation et la subinflammation, surtout dans nos Propositions publiées en 1821. Il nous paraît que cette cause, si bien saisie, et développée par M. le professeur Bouillaud, avec le titre seul d'inflammation, pourra de moins en moins être remise en problème.

J'ai cru devoir m'arrêter un peu sur les anévrismes. L'explication de ces altérations organiques est en effet un point de doctrine des plus importans pour faire bien sentir aux praticiens combien l'humanité doit gagner à ce qu'ils s'habituent à terrasser le plus tôt possible l'ennemi protéiforme, que nous appelons inflammation et subinflammation, quel que soit d'ailleurs le tissu où il apparaît, et le nom que lui ait imposé l'ignorance physiologique des anciens, la routine et les préjugés de plusieurs modernes.

Sur la description *des concrétions de sang dans les sacs anévrismatiques,* Laennec est vraiment complet. Il fait voir que les couches les plus extérieures des sacs les plus volumineux des anévrismes avec ruptures, et qui paraissent comme des lamelles charnues, décolorées, et celles de la matière friable, dites jadis stéatomateuses, ne sont que de la fibrine dégénérée. Il prouve que le sang s'infiltrant entre ces couches, les écarte, les ramollit, et parvient jusqu'à la peau, qui est disséquée et percée ; d'où l'hémorrhagie extérieure.

Il s'occupe, après cela, *des effets des anévrismes de l'aorte sur les organes voisins ;* mais ici le défaut de justesse de ses idées sur l'irritation lui fait commettre de graves erreurs, car il ne voit que de la mécanique dans l'amincissement, l'usure, la perforation des cartillages, des membranes, des os, etc., et n'émet aucune idée relative à l'inflammation : que le sac ajoute à ses parois toutes les lames cellulaires, tous les tissus mous qu'il rencontre, il n'y a là que de la matière plastique mise en jeu, et rien qui rentre dans le phénomène de l'irritation. Il ne s'avise pas d'émettre une seule idée sur l'agacement que doit éprouver l'irritabilité des tissus divers, soumis à l'influence prolongée d'une tumeur rénitente et pulsative. Il lui faudrait une suppuration phlegmoneuse pour qu'il accordât quelque chose à l'inflammation. Du reste, il a rassemblé les faits les plus curieux sur les désordres que peuvent causer les sacs anévrismatiques dans leur progrès, telles que leur ouverture dans le péricarde, dans la plèvre, dans les bronches, dans la trachée, la compression de la veine-cave inférieure, et une mort subapoplectique ; les effusions du sang dans le canal rachidien, d'où paraplégie subite et la mort, etc. Il est fort bon à consulter sur toutes ces espèces d'altérations organiques.

Nous en dirons autant pour tout ce qui concerne *les signes de l'anévrisme de l'aorte*. L'auteur les trouve tous équivoques, même avec le secours du stéthoscope, et termine ce chapitre intéressant en concluant que trois lésions graves des organes placés dans l'intérieur de la poitrine restent sans signe certain, malgré la percussion et l'auscultation : ces lésions sont l'*anévrisme de l'aorte, la péricardite et les concrétions sanguines formées pendant la vie dans les cavités du cœur*.

Les *affections des vaisseaux pulmonaires et cardiaques, et celles de l'artère pulmonaire,* sont peu nombreuses, suivant notre anatomo-pathologiste. Il n'y voit que les vices de conformation, les incrustations osseuses et la dilatation; encore tout cela n'a-t-il été observé que porté à un degré médiocre. La di-

latation est, dit-il, assez commune après les grandes congestions pulmonaires et les fortes dyspnées. Je pense de même; mais j'ai rencontré aussi, quoique fort rarement, l'inflammation aiguë des artères pulmonaires avec la péripneumonie. Nos lecteurs doivent savoir d'avance que l'irritation et l'inflammation n'auront rien à faire dans tous les désordres dont il s'agit, pas même dans les ossifications des artères propres du cœur. Laennec n'oublie pas que cette dernière altération a été regardée par Parry et par Heberden comme la cause de l'*angine de poitrine*, et il ne songe pas à mettre en question si le groupe de symptômes auquel on donne ce nom n'est pas plutôt l'effet d'une irritation chronique du tissu du cœur, dont cette ossification n'est qu'un effet. Quant à moi, j'en ai eu l'idée, et je l'ai développée plusieurs fois dans mes écrits.

Vient enfin le *traitement des maladies du cœur*. L'hypertrophie de cet organe est bien traitée : on doit rendre à Laennec la justice qu'il conseille le traitement de Valsalva et d'Alsbertini sans aucune réserve; on fait vivre les malades vingt ans de plus, dit-il; pourquoi hésiterait-on à les y soumettre? ce qu'on doit craindre, c'est de rester en-deçà, et jamais d'aller au-delà du but qu'on se propose. Trois mois de réduction successive des alimens; un an, si la maladie récidive; l'œdème pulmonaire et général, l'ascite, la cachexie, n'excluent pas les saignées, et indiquent les diurétiques; la digitale ralentit peu l'action du cœur, à moins qu'elle ne cause de la nausée. En ce point, nous ne sommes pas de son avis : la digitale ralentit les pulsations toutes les fois qu'une phlegmasie ne les maintient pas accélérées, et que l'estomac est sans phlogose. Il se fie peu à l'acide hydrocyanique, médicament infidèle, qu'on a vu mortel à dix gouttes, après avoir été pris impunément jusqu'à soixante. Cette remarque est très judicieuse. Je connais un praticien qui l'a vu funeste à trois gouttes. Celui que l'on emploie, et qui n'a pas fait de mal, est le seul auquel on puisse se fier; souvent en le conservant on le rend inerte, et si on le renouvelle on ne sait plus par quelle dose il faut recommencer. Laennec trouve l'eau de laurier-cerise sans action, et préfère l'infusion des feuilles fraîches de cet arbre, en commençant par un gros dans un verre d'eau, et augmentant selon les effets. Ce conseil nous semble fort sage. Si les diurétiques n'ont plus d'action, il veut qu'on insiste sur les drastiques sans aucune réserve en considération de l'état des voies digestives.

La dilatation du cœur simple ou seulement prédominante sur l'hypertrophie, ne lui permet plus la même hardiesse dans l'emploi des émissions sanguines, à plus forte raison les ramollissemens. Mais s'il est timide sur la saignée, il devient téméraire et même inconsidéré sur d'autres moyens : sans doute il se figure tous les tissus relâchés et ramollis comme celui du cœur; car on le voit prodiguer les amers, les ferrugineux, les aromates, la cataire, la valériane, la mélisse, la feuille d'oranger, substance qu'il conseille d'alterner et de varier en la combinant avec d'autres, *suivant les caprices de l'estomac*, ce qui veut dire qu'en vertu d'une idée fixe, celle de la nécessité de tonifier, il n'abandonne le médicament qui irrite désagréablement l'estomac que pour lui en substituer un autre aussi nuisible, et qu'il changera bientôt encore pour recourir à un semblable, plutôt que de reconnaître qu'il est des cas où la médication stimulante est vraiment nuisible dans cette maladie. Au surplus, c'est son genre, et nous y sommes habitués.

Les signes d'ossification des valvules et de tout autre obstacle au cours du sang, ne doivent rien changer aux médications conseillées. Il rapporte des exemples de guérison d'hypertrophies par le régime sévère : aujourd'hui tous les praticiens sont d'accord sur ce point; mais un fait cité par notre auteur ne doit point passer sans commentaire : il s'agit d'une dame guérie d'une hypertrophie par un traitement de dix mois, selon la méthode de Valsalva, et qui périt d'un *choléra-morbus*. On nous eût rendu service en nous disant par quels toniques *on avait confirmé la cure* (car tel est l'usage des médecins de l'école ontologique), et en nous donnant la description de l'estomac. Nous n'ignorons pas non plus que les convalescens sont gourmands, et nous serions curieux de savoir si cette femme *guérie* ne s'était pas trop livrée à son appétit. Des détails de ce genre sont d'une utilité pratique, et ont au moins autant de droit à la minutie que la description d'un caillot ou celle d'un tubercule.

La péricardite, la cardite, l'inflammation de la membrane interne du cœur, n'offrent à notre auteur d'autres indications que celles des pleurésies et des péripneumonies. L'anévrisme de l'aorte est incurable : on ne peut qu'imposer un régime à la Valsalva, en observant toutefois de ne pas saigner au point de faire mourir dans une défaillance. S'il se prononce à l'extérieur, on n'a, pour lui opposer, que l'action du froid et celle des astringens. On a recommandé l'acétate de plomb pris à l'intérieur : il l'a donné long-temps de suite, à la dose de trois et quatre grains par jour, sans remarquer qu'il produisît les symptômes de la colique de plomb; mais il ne lui a point reconnu de vertu héroïque contre ces sortes d'affections. Un médecin physiologiste nous aurait de plus rendu compte des effets de ce médicament sur le tube digestif; car cet organe pouvait en souffrir sans colique de plomb.

Les *affections nerveuses du cœur et des vaisseaux*.

La première dont il s'occupe est la *névralgie du cœur*. Il décrit une douleur plus ou moins vive, ordinairement poignante, et qui est ou bornée au cœur, ou propagée de là au poumon gauche, à l'estomac et quelquefois au plexus brachial, à l'épaule, au bras et même à l'avant-bras, où elle suit le trajet du nerf cubital jusqu'aux doigts. Cette douleur, que nous avons souvent observée, se confond, comme il le dit fort bien, avec l'angine de poitrine, phénomène dont on a fait une maladie spéciale depuis une vingtaine d'années. Il y a sentiment de compression à la poitrine comme si le sternum était pressé, et quelquefois propagation dans le dos; palpitation, ou du moins petitesse et souvent irrégularité du pouls; dégagement de gaz de l'estomac; nécessité de suspendre la progression et même tout mouvement musculaire; respiration entrecoupée, incomplète, et sentiment de suffocation. Elle est fort irrégulière dans ses retours... Il cite Heberden, Parry, Burns et Kreysig, qui l'ont attribuée à l'ossification des artères coronaires du cœur; mais les nécroscopies n'ayant pas toujours confirmé ce diagnostic, et ayant découvert à la fin des altérations organiques du cœur, on est resté persuadé, en Angleterre et en Allemagne, ajoute-t-il, que cette névralgie dépend de ces affections et de celle des gros vaisseaux voisins du cœur. On pense aussi qu'elle est toujours très grave et qu'elle menace de mort subite. Pour lui, il n'adopte point cette idée; il la combat au contraire, et dit que l'angine de poitrine à un léger degré ou même un peu plus intense, est une affection extrêmement commune, qui se rencontre souvent chez des sujets qui n'ont aucune affection organique. Il croit même que l'influence de la constitution médicale contribue

à son développement; mais il convient qu'elle peut être accompagnée des affections organiques du cœur et des gros vaisseaux. Il rappelle l'opinion de Desportes, qui la place dans le nerf pneumogastrique, c'est-à-dire qui en fait, ainsi que lui, une névralgie. Toutefois il ne se décide point à lui accorder ce siége, attendu qu'elle se propage au bras et même à la cuisse gauche. Il l'a même observée du côté droit, et en rapport avec un gonflement notable du testicule du même côté. Enfin, il en fait une névralgie vaguement désignée, et la rapproche des sciatiques, des tics, etc.

Tout cela pourrait être plus physiologique : en effet, l'angine de poitrine est-elle une affection organique? est-elle une ossification? est-elle une névralgie, et siége-t-elle dans la huitième paire? n'est-ce pas plutôt une affection nerveuse par débilité des nerfs pulmonaires, comme la voulait Jurine, ou une affection nerveuse de la moelle cervicale, comme on l'a soutenu depuis?.... Je m'étonne que ces questions puissent être posées au point où nous a conduits la méthode physiologique : qu'est-ce que l'angine de poitrine? un groupe de symptômes nerveux attestant l'irritation d'un ou de plusieurs organes... Quel est l'organe dont l'irritation le produit le plus souvent? c'est le cœur. Y a-t-il d'autres organes qui, par leur irritation, puissent produire ce groupe affecté à l'angine, ou un autre qui lui ressemble, et qui se rapporte à la névralgie que Laennec a observée du côté droit? C'est ce qu'il faut maintenant examiner.

Il importe d'abord de rechercher comment le cœur est malade lorsqu'il en est la source. Or, l'autopsie a prouvé aux uns que ses artères propres étaient ossifiées, ce qui suppose qu'elles avaient souffert une plegmasie chronique; aux autres, qu'il était hypertrophié, dilaté, ramolli, inégalement affecté dans ses quatre divisions, ce qui fait voir qu'il avait été le siége de congestions, de turgescences morbides... Qu'ont de commun ces diverses lésions? l'irritation; seulement elle a donné des résultats diversifiés. Dans tous ces cas, les irritations des autres nerfs n'ont donc été que la propagation de celle des nerfs du cœur. Par ce peu de mots, l'on voit déjà que, développée dans les nerfs pneumogastriques du cœur, sous la forme de douleur, l'irritation a pu se propager par les communications nerveuses dans les nerfs des membres, surtout des thoraciques, et associer leur névralgie à celle du cœur et des nerfs intercostaux du même côté. Or, quand les nerfs du sentiment sont irrités sous forme de douleur, ceux de mouvement le deviennent facilement dans les mêmes régions, et le manifestent par l'état spasmodique. Voilà donc le spasme expliqué avec la douleur dans le cœur, dans tout le côté gauche de la poitrine, et dans les membres correspondans.

Maintenant suivons l'irritation du cœur dans sa marche. Est-elle commençante? le malade succombe-t-il avant qu'elle ait produit une altération organique, soit dans le tissu musculaire, soit dans le petit appareil vasculaire propre de cet organe? l'observateur dira que l'angine de poitrine ne dépend point des affections organiques du cœur; il la posera donc dans les nerfs; et si la mort avait été déterminée par l'estomac, par les poumons, par le cerveau, par la moelle cervicale, il pourrait croire que l'angine de poitrine dépend de la même cause. Si, au contraire, le malade ne succombe ni à la suffocation, ni aux apoplexies, ni à la gastrite, etc., et qu'il vive assez long-temps pour que l'irritation du cœur, cause de l'angine, produise les affections organiques indiquées, l'observateur mettra l'angine sur le compte de ces affections, au lieu de la mettre, comme il aurait dû le faire, sur l'irritation nervoso-inflammatoire, cause commune de l'angine et des altérations organiques. Dans les deux genres d'explications, on méconnaît donc la cause, avec cette différence que dans celle où l'on accuse les nerfs du cœur seuls, on voit au moins une partie de la cause, et que dans celle qui s'en prend aux affections organiques on méconnaît entièrement la cause pour ne penser qu'à l'un de ses effets, à un effet qui se trouve placé, par rapport à elle, sur la même ligne que l'angine pectorale même.

Passons au cas où le groupe de symptômes nerveux, dit angine de poitrine, aurait son siége du côté droit de la poitrine. La première explication qui s'offre à mon esprit est celle des cas de transposition des viscères, qui n'est pas si rare qu'on l'a cru, puisque depuis dix-sept ans que je suis au Val-de-Grâce, j'en ai rencontré deux exemples dans mon service. On conçoit facilement qu'un cœur placé du côté droit peut très bien éprouver le mode d'irritation qui cause l'angine de poitrine, et que si l'observateur n'a pas constaté cette transposition, la raison du siége du mal doit lui échapper.

Après cette explication, j'en trouve d'autres, qui ne sont pas moins basées sur l'observation : les nerfs sensitifs du poumon qui accompagnent les bronches peuvent aussi bien s'endolorir avec les rameaux bronchiques surirrités, que les nerfs du cœur avec les vaisseaux du cœur, également surirrités; et comme les communications du nerf pneumogastrique sont les mêmes des deux côtés, la propagation de la douleur et du spasme devra s'y faire de la même manière. A ce compte, il pourrait y avoir du côté gauche des angines de poitrine d'origine pulmonaire, comme du côté droit, et je ne doute nullement qu'il n'en existe; mais comme le cœur est voisin et en communauté de nerfs avec le poumon gauche, il doit s'endolorir et se spasmodiser secondairement, ce qui donnerait à l'angine pulmonaire gauche une physionomie un peu différente de la droite.

Enfin, je vois encore une autre explication possible : il est des cas où les irritations d'un côté du thorax sont rapportées au côté opposé, soit par erreur de perception; soit qu'effectivement elles retentissent plus fortement de ce côté que de celui qu'elles occupent.

Quant au fond de la question concernant les propagations des irritations viscérales dans les nerfs de l'appareil locomoteur, il est de toute évidence; tout ce qu'on peut alléguer contre, c'est que cette propagation n'a pas lieu chez tous les sujets porteurs d'irritations viscérales inflammatoires ou subinflammatoires. Cependant il est d'expérience, et tous les médecins physiologistes en conviendront, que dans la majeure partie des phlegmasies chroniques fixes des viscères, il existe des douleurs permanentes ou mobiles dans les nerfs extérieurs qui correspondent le plus directement avec le foyer du mal, et que d'autres douleurs sont même très souvent ressenties dans les muscles, et quelquefois même jusque dans le périoste, les ligamens, les articulations des parties où se distribuent ces mêmes nerfs. Le vulgaire des médecins n'y voit, avec le malade, que du rhumatisme; mais les vrais interprètes de la nature n'y sont pas trompés. J'en appelle à témoin tous les praticiens qui ont attentivement observé les pleurésies chroniques, les inflammations fixes et prolongées des points divers du tube digestif, néphrites, métrites, ovarites

chroniques, toutes les tumeurs extraordinaires des cavités viscérales. Au surplus, comme ce point de pathologie et de séméiologie a été traité avec détail dans les *Commentaires sur les propositions de l'Examen*, nous n'y insisterons pas plus longtemps.

Les *palpitations purement nerveuses* étaient difficiles à distinguer de celles qui dépendent des *affections organiques;* aussi l'auteur laisse-t-il beaucoup à désirer sur ce point. Il leur donne pour caractères principaux l'absence des signes de l'hypertrophie et de la dilatation du cœur; c'est-à-dire qu'il leur assigne, 1°, des pulsations précipitées, dont le bruit est clair et qui ne s'entendent pas au loin; 2°, le non-soulèvement des parois du thorax, et ce signe lui paraît des plus importans; 3°, le défaut de congestion sanguine dans la tête et les poumons, *excepté chez les vieillards ;* du reste, elles sont avec un sentiment d'agitation intérieure, surtout dans la tête; elles sont fort importunes; le repos de la nuit ne les calme point. Il n'y a ni frisson, ni chaleur de la peau, ni sueur qui puissent donner l'idée d'un état fébrile; mais souvent des urines abondantes et limpides dans les accès de palpitation.

Voilà bien une nuance de palpitations; mais il est difficile de la retrouver dans la nature, si ce n'est chez les convalescens qui ont souffert de grandes pertes de sang; et alors elle dépend plutôt de la fluidité de ce liquide et de la mobilité générale, tenant à la faiblesse du système nerveux, que d'une névrose spéciale du cœur. Mais l'immense majorité des palpitans, qui n'est point dans ce cas, est affectée d'hypertrophie ou d'ampliation cardiaques. Les palpitations qui paraissent par le défaut et la suppression des règles, sont avec hypertrophie, du moins passagère, et qui devient permanent si le flux n'est pas promptement régularisé. J'ai même presque toujours observé que le dérangement des menstrues ne rend guère palpitantes que les filles et les femmes qu'une hypertrophie native y prédispose. Pourquoi Laennec dit-il que les palpitations *nerveuses* des vieillards sont les seules qui s'accompagnent de congestions sanguines dans le cerveau et les poumons? c'est parce que son entité, *palpitations nerveuses*, est mal faite. Les exceptions, comme les contraires que tant d'auteurs nous offrent dans l'exposé des signes caractéristiques de leurs maladies, supposent toujours qu'elles sont mal conçues, c'est-à-dire que les faits n'y sont pas disposés conformément à la vérité. En effet, si les palpitations des hommes devenus vieux sont plus souvent avec des congestions sanguines que celles qu'ils éprouvèrent dans leur jeunesse, c'est que l'état de leurs organes a changé; c'est que leur cœur, à force de palpiter, est devenu plus malade, et que leurs poumons, après avoir joui long-temps de la faculté de résister aux congestions, l'ont définitivement perdue; en un mot, c'est que la maladie n'est plus la même. D'ailleurs cette distinction n'est pas fondée, car presque tous ceux qui sont sujets aux palpitations, jeunes ou vieux, sont exposés aux congestions sanguines viscérales; et s'ils ne les ont pas d'abord, ils les auront plus tard, comme nous venons de le voir.

D'autre part, pourquoi voudrait-on que les cœurs hypertrophiés ou amplifiés fussent exempts des palpitations nerveuses? n'est-il pas plus exact de dire qu'ils y sont plus exposés que les cœurs d'un petit volume et d'une irritabilité moins grande? ne sont-ce pas les organes les plus riches en nerfs et en vaisseaux sanguins qui nous offrent le plus souvent des exemples de névroses? pourquoi ces affections s'associent-elles si fréquemment aux phlegmasies? c'est que l'inflammation modérée hypertrophie les organes en y faisant prédominer les vaisseaux et les nerfs.

On voit donc que Laennec a fort mal fait de créer une maladie dite *palpitation nerveuse,* qui aurait pour caractère de n'être jamais associée à aucune altération organique du cœur, pas même à l'hypertrophie et à l'ampliation, sans aucune désorganisation appréciable. Il a choisi pour cela des cas de palpitations dont la cause était mal déterminée, dont la marche et les résultats n'étaient point accomplis, et il a eu soin de s'abstenir de tout rapprochement qui aurait pu détruire l'illusion. Il ne nie point que les palpitations puissent amener des altérations organiques du cœur; mais il assure qu'il connaît des personnes qui palpitent depuis plus de dix ans sans en avoir contracté... Cela ne prouve rien du tout. Qui lui assure que ces palpitans n'avaient pas dès-lors le cœur affecté ailleurs que dans ses nerfs? est-ce que les affections organiques sont diagnosticables aussitôt qu'elles sont formées? Il faut souvent bien plus de dix ans à l'irritation pour désorganiser des viscères beaucoup moins robustes que le cœur, ou du moins pour que la désorganisation soit constatable sur le vivant. Laennec connaissait ce fait; il l'exagérait même, puisqu'il accordait à ses tubercules, ou du moins à ses germes tuberculeux, une longévité si effrayante qu'ils avaient jusqu'à quatre-vingt-dix ans pour produire la phthisie pulmonaire. Mais la manie de créer et de caractériser des entités morbides lui fermait constamment les yeux sur toute espèce de contradiction.

Laennec repousse les saignées du traitement de ses palpitations nerveuses; c'est avec quelque fondement, puisqu'il n'admet ni hypertrophie, ni anévrismes, ni congestions sanguines; mais comme il arrivera assez souvent que ceux qui voudront juger d'après lui se méprendront sur l'existence de ces trois états, et d'autant plus qu'il s'y trompait lui-même, comme nous l'avons vu souvent, le précepte de cet auteur sera pour eux une source d'erreurs, aussi bien que celui des bains et des antispasmodiques. On nous a souvent présenté des ordonnances sorties de l'école de Laennec, par lesquelles on forçait à l'exercice des palpitans qui s'en trouvaient aussi mal que des bains chauds ou froids, et des antispasmodiques : c'est que ces palpitans avaient de l'hypertrophie, de la pléthore et une irritation gastro-duodénale; le tout dans un degré assez peu prononcé pour que les gens qui ne voient que spasme ou vice organique les rangeassent à côté du spasme. On ne fera jamais de bonne médecine avec cette dichotomie d'affections nerveuses et d'affections organiques; les maladies de nos organes ont des nuances multipliées, et tout écrivain ou professeur qui ne rangera pas ces nuances dans un ordre méthodique, avec tous leurs attributs, et qui ne fera pas sentir les passages de l'une à l'autre, aussi bien que les ascensions et les dégradations de l'irritation, en rapport avec les modificateurs qui l'élèvent à la phlegmasie, ou l'abaissent jusqu'à la sous-excitation, tout professeur, disons-nous, qui ne suivra pas cette méthode, formera de mauvais élèves, dont l'éducation médicale sera en grande partie à refaire.

Notre créateur n'a garde de laisser échapper l'occasion de fonder une nouvelle maladie. Voici venir le *spasme de cœur avec bruit de soufflet et frémissement cataire ;* le tout, bien entendu, sans vice organique, pas même en herbe. Il a suffi que l'auteur

ait entendu ce bruit sans avoir constaté un vice organique bien prononcé, pour qu'il ait tracé une ligne de démarcation. Il s'est fort peu soucié de s'assurer si ce vice n'était pas déjà commencé; il a oublié que lui-même a dit ailleurs que les lésions organiques existent souvent latentes pendant long-temps, ne produisant que des phénomènes intermittens. Il lui faut une entité nerveuse, et il la fonde de suite sur quelques cas mal approfondis; il croit lui donner du poids en disant très sérieusement que le bruit de soufflet et le frémissement cataire peuvent se porter successivement du cœur dans les artères, et des artères dans le cœur. Un bruit de soufflet, un frémissement qui se promènent!... mais le *nerveux* est le réceptacle de toutes les merveilles. Voilà donc l'entité constituée. Le fondateur compte assez sur la docilité de ses sujets pour la croire inamovible. Il ne s'agit plus que de lui assigner un traitement : cela sera bientôt fait. Il lui suffira d'ajouter que, *si tout cela n'est pas lié à une affection organique*, le traitement doit être celui des palpitations nerveuses. Oh! que le *si* est un instrument commode pour les inventeurs en tout genre!...

Il y a des *névralgies artérielles :* c'est Laennec qui les a vues, car il le dit; et comment ne pas le croire après tant de preuves de véracité! ce sont des douleurs vives, continues ou intermittentes, qui suivent quelquefois le trajet des artères, et *paraissent* avoir leur siége *dans le lacis nerveux ganglionnaire qui enveloppe ces vaisseaux*. N'est-ce pas là du romantique? Personne encore n'avait pu constater la sensibilité dans ces nerfs (1), et voilà qu'ils *paraissent* à notre inspiré le siége de vives douleurs... Pourquoi pas? Lafontaine a bien fait parler une lime. Mais aussitôt le poète se souvient que la sensibilité de ces nerfs est un problème, et il se hâte d'ajouter que ces douleurs (qui sont *vives*) sont moins *aiguës* que celles des nerfs cérébraux. Un homme d'esprit sait toujours se tirer d'affaire : son dernier tour de force pour parfaire son entité est d'en faire l'apanage des hystériques et des hypocondriaques, chez qui tout est, comme l'on sait, extraordinaire, merveilleux, incroyable..., et chez qui bien des choses sont... imaginaires. Tels sont aussi les sujets chez lesquels notre auteur a pris soin de placer plusieurs des maladies qu'on pourrait lui contester. Il est inutile d'ajouter que le traitement de cette *névrose* est celui de toutes celles des poumons et du cœur.

Une carotide peut devenir momentanément plus forte que l'autre, *et vice versâ*... Même phénomène par rapport aux artères vertébrales, à celles de l'épigastre, qui tantôt sont, et tantôt ne sont pas superpulsantes chez les hypocondriaques, etc. En faut-il davantage pour créer une entité nerveuse, qui a pour titre : *Impulsion artérielle augmentée?* L'auteur a bien prévu que quelqu'un pourrait lui répondre : « Pourquoi pas, s'il se forme successivement des congestions dans plusieurs organes? Mais » dans ce cas, les troncs et les grosses branches artérielles ne sont pas les seuls tissus affectés; d'ailleurs vos hypocondriaques ne sont-ils pas des » gens à congestions? » Il se défend donc d'avance en ajoutant que cela n'a pas toujours lieu par congestions et apoplexies : assertion toute gratuite et qu'il lui eût été impossible de prouver. Mais il voulait donner du nouveau; et quoi de plus nouveau, en effet, que des artères volumineuses qui se mettent capricieusement à pulser violemment pendant quelques heures, sans recevoir du cœur plus de sang qu'à l'ordinaire, et sans qu'il existe de congestions dans les tissus auxquels elles fournissent du sang? Cette invention est digne des précédentes; *C'est du mystère, et voilà ce qu'il faut...*

Le *spasme des artères, avec bruit de soufflet et frémissement cataire*, est la dernière névrose de la création de Laennec. Il rappelle qu'il a donné de longs détails sur ce phénomène, ce qu'il n'aurait pas fait s'il l'eût regardé comme toujours consécutif à une affection organique; mais il pense que souvent il dépend d'un vice de l'influx nerveux.

Voilà d'abord une assertion qui répugne; car aucun fait physiologique, aucune expérience ne conduisent à admettre dans les tuniques des grosses artères, des innervations assez fortes pour modifier leur dilatation et leurs contractions, indépendamment de l'influence des ondées de sang que le cœur leur lance, et sous l'effort desquelles leur tunique moyenne réagit dans des limites fort étroites. Nous avons traité cette question dans notre *Physiologie appliquée à la pathologie*, et nous avons fait voir que le maintien de la circulation serait incompatible avec une mobilité musculaire des grosses artères, indépendante du cœur, et qui les rendrait capables de mouvemens spontanés de dilatation et de contraction, sous l'influence si changeante du système nerveux, tels que l'on en observe dans l'œsophage, dans le canal digestif, dans l'urèthre, dans l'utérus. Les grosses artères, les seules qui puissent présenter les phénomènes dont il s'agit, doivent donc être passives, jusqu'à un certain point, comme les os, les ligamens, les aponévroses; ce sont des points d'appui pour les colonnes de sang poussées par le cœur; seulement ces points d'appui creux et cylindriques sont doués d'une certaine élasticité vitale, afin de rendre la percussion et de favoriser le mouvement du liquide dans leurs cavités glissantes. Voilà tout ce qu'il est possible de leur accorder sans tomber dans l'hypothétique, dans la vision. Leur spasme n'est donc que celui du cœur, qui cesse un moment de leur envoyer du sang : ou c'est celui des capillaires dans lesquels ils le versent, qui refusent d'en recevoir davantage, soit parce qu'ils en ont trop, soit parce qu'ils ne peuvent plus faire passer dans les veines celui qu'ils contiennent. Dans ce cas, le cœur continue de pousser le sang par l'embouchure de l'artère; mais comme celle-ci est trop pleine et n'évacue presque rien par les extrémités, elle ne réagit pas sur le sang avec la même vélocité qu'à l'ordinaire. Le pouls est senti plein et presque sans vibration. C'est ce qu'on observe dans une foule de congestions des gros parenchymes. C'est à ces deux phénomènes que se réduisent les prétendus spasmes des grosses artères; car, dans le fait, il n'y a que les petites qui puissent jouir d'une activité propre, capable de modifier le cours du sang.

Quant au *bruit de soufflet* et au *frémissement cataire,* on est fort étonné de voir Laennec, qui vient de les donner pour nerveux, les comparer avec le bruit que l'on entend dans les tuyaux à incendie lorsqu'ils ne sont pas complètement pleins d'eau, et qu'il s'y trouve de l'air. Est-ce donc que l'influx nerveux des artères, qui n'est admissible que par induction, et qui ne produit point des mouvemens sensibles, aurait la propriété de faire le vide et le plein, selon son caprice, dans l'intérieur de ces vaisseaux? On ne sait vraiment quelles qualifications l'on doit donner à de semblables propositions, à une doctrine aussi bizarre. On peut croire que Laennec, qui était déjà fort malade, comme il nous l'apprend lui-même, lorsqu'il écrivait ce passage, avait déjà l'innervation intellectuelle dans un état anor-

(1) Nous ne parlons pas des filets cérébro-spinaux dont une artère peut être le conducteur.

mal. Il faut l'avouer, toute cette dernière partie, qui traite des maladies nerveuses de la circulation, est peu digne de ce qui précède; elle est tronquée, incomplète; toute en titres de chapitres, rien en substance. On n'y trouve ni faits positifs, ni déductions sages, ni raisonnemens suivis. L'auteur n'avait plus assez de force pour rappeler, recueillir, rassembler, comparer les faits; son style le prouve à satiété; on n'y retrouve plus l'explorateur minutieux, infatigable, des organes morts. N'étant plus anatomo-pathologiste, il voulait être législateur en médecine. Mais si, hors de l'anatomie pathologique, Laennec était peu de chose dans sa plus grande vigueur, devenu malade, avec un cerveau tel que le sien, échauffé par la fièvre qui le consumait, il ne pouvait plus être rien en médecine... sinon un visionnaire.

Conclusion sur Laennec.

Laennec est, sans contredit, un anatomo-pathologiste scrupuleux, et fort exact dans les descriptions qu'il donne des altérations organiques qu'il étudie; mais il explique souvent fort mal ces altérations. De plus, il ne tient pas compte de toutes celles qui existent dans les cadavres qu'il explore. Il a toujours pour objet, dans chaque nécroscopie, de faire ressortir une altération organique, à laquelle il veut rapporter tous les symptômes, et prodigue les sophismes pour amener ses lecteurs à son opinion. Cela le conduit à dissimuler l'importance des lésions, qu'il regarde comme secondaires, et souvent à n'en pas dire un seul mot.

Un autre objet, que se propose constamment cet auteur, est de faire considérer son stéthoscope comme le seul moyen d'obtenir le diagnostic des maladies de la poitrine, toutes les fois qu'il est possible d'y parvenir : c'est pour cela qu'il débute constamment par l'exposition des signes tirés des autres moyens d'exploration, et qu'il les entoure tous d'incertitude avant d'exposer les signes stéthoscopiques, qui seuls, selon lui, peuvent fixer le caractère précis de la maladie.

Laennec est un homme opiniâtre, dominé par un petit nombre d'idées fixes, et n'épargnant pas les sophismes pour les faire prévaloir; ce qui le conduit souvent aux contradictions. Exemples : il soutient la doctrine humorale des anciens sur l'essentialité des fièvres, en témoignant pour eux la plus grande vénération; et fait toutes sortes d'efforts pour ridiculiser l'opinion des modernes, qui pensent que les inflammations peuvent produire les tubercules, les squirrhes, les cancers, etc.; et le principal motif de sa dérision est que cette opinion n'est que la reproduction des théories surannées des classiques, qui prétendaient que l'induration blanche était une des terminaisons de l'inflammation. Ce sarcasme est reproduit en cinquante endroits dans son ouvrage.

Il a entrepris de réduire toutes les formes de l'inflammation à celle qui produit la suppuration. Toute irritation qui n'arrive pas à ce terme est expliquée, ou par un vice de nutrition, ou par une altération primitive des humeurs, ou par la débilité, ou enfin elle ne reçoit aucune explication; or, il est impossible, au point où se trouve la science, d'être conséquent et satisfaisant avec une doctrine qui n'admet point les différens degrés de l'irritation, et ses formes diverses dont l'inflammation suppurante fait partie. En effet, une pareille doctrine ne conduit point à l'appréciation de l'action des modificateurs; de sorte que ceux qui la soutiennent, outre qu'ils donnent de fausses explications, ne sont ni étiologistes, ni thérapeutistes : de là résulte qu'ils tombent à chaque instant dans les contradictions et les absurdités, sans qu'il leur soit possible de les éviter. Il ne leur reste donc que les sophismes et les subtilités pour dissimuler la faiblesse de leurs raisonnemens, ou bien ils sont réduits à répéter leurs objections, sans paraître s'apercevoir qu'on les a réfutées; ce qui est le comble de la misère en fait de raisonnement. Tel est le cas où se trouve notre auteur, depuis la première jusqu'à la dernière page de son ouvrage, ainsi que nous l'avons fait remarquer en l'analysant.

Laennec aura rendu des services à la science sous le rapport de l'anatomie pathologique et de la séméïotique; car la science a besoin de ces hommes patiens et minutieux pour lui fournir des faits. Toutefois il est rare que ces hommes soient en même temps doués de vues larges et profondes, qu'ils résument bien les faits qu'ils ont recueillis, et qu'ils en extraient des idées-mères, propres à faire faire de grands pas à la théorie. C'est précisément le cas de Laennec; il est petit et mesquin dans sa théorie comme dans ses recherches; c'est un manœuvre qui recueille et apprête des matériaux; mais ce n'est point un architecte, et l'édifice qu'il veut construire reste imparfait.

Laennec a de plus le malheur d'être trop passionné, ce qui le fait à chaque pas tomber dans l'injustice. Il ne fut jamais capable de séparer ses intérêts de ceux de la vérité. C'est un vice intellectuel des plus préjudiciables à celui qui aspire à l'honneur de fonder ou seulement de restaurer une science quelconque.

Malgré tous ces défauts, le nom de Laennec restera dans la science, et sera toujours honorable pour sa patrie. Ce qu'il a fait de bon sera mis à profit, et ses erreurs, qu'on se lassera de lui reprocher, tomberont dans l'oubli. Mais avant que ce triage soit fait, il y aura une école qui admettra le faux et le vrai de la doctrine de cet auteur.

Ce que nous avons donc à faire présentement, c'est de chercher ce que devient maintenant parmi nous l'école anatomico-pathologique, que cet auteur nous a laissée.

CHAPITRE III.

ÉCOLE ANATOMICO PATHOLOGIQUE DE LAENNEC.

Celui des disciples de Laennec qui s'est le plus conformé à ses opinions, c'est M. le docteur Louis, aujourd'hui médecin de l'hôpital de la Pitié, à Paris. Il est auteur de plusieurs ouvrages, dont le but est unique : subordonner les symptômes des maladies aux altérations des organes. Il en a composé un sur la *phthisie pulmonaire*, un autre sur la *gastro-entérite*, ou les *fièvres graves*, ou les *affections typhoïdes*, qu'il nomme, d'après M. le docteur Bretonneau, de Tours, *dothinentéries*. Il a publié aussi plusieurs mémoires sur différens sujets de médecine. En rendant compte des travaux de M. Louis, nous ne nous attacherons qu'à ce qui concerne les doctrines ; mais comme elles sont fondées sur les faits, il faudra bien aussi que nous tenions compte de ceux sur lesquels cet auteur a édifié les siennes.

M. Louis est un homme remarquable par l'étendue des détails dans l'exposé de ses observations; il pousse cela jusqu'à la minutie, ce qui le rend ennuyeux pour ceux dont l'organisation diffère de la sienne. Son grand moyen de conviction est le calcul. Il compte tout, formes des altérations organiques, symptômes, âge, durée, le tout d'abord appliqué à la maladie qu'il étudie, et ensuite à d'autres maladies qu'il croit à peu près analogues. De là sont déduites ce qu'il appelle *des lois*; mais toutes ces prétendues lois ne sont point générales, comme il le croit; elles ne peuvent s'appliquer qu'à des maladies semblables à celles qu'il a observées, et surtout à la condition expresse qu'elles auront été traitées de la même manière. C'est ce qu'il sera possible d'apprécier après avoir rapidement analysé ses principaux ouvrages. Nous allons donc y procéder.

Celui par lequel M. Louis s'est fait connaître a pour titre : *Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie*.

Dès le début, il s'annonce partisan de Laennec, en avançant la proposition suivante : « L'existence » des tubercules dans les poumons est la cause et » constitue le caractère propre de la phthisie. » Nous déclarons d'abord cette proposition fausse, en affirmant que nous avons rencontré plusieurs fois, et notamment dans cet hiver de 1832 (1), des exemples de consomption par phlegmasie chronique et fonte purulente des poumons, dans lesquelles il n'y avait pas la plus légère trace de tubercules, en prenant ce mot dans le sens rigoureux que lui donne M. Louis. Voilà donc une première loi qui se trouve fausse. Comme nous avons vu cela, nous sommes certains que d'autres le vérifieront, et nous voilà tranquille.

Outre les tubercules, *tumeurs d'un blanc jaunâtre, d'un aspect mat, d'une consistance variable, qui se ramollissent après un certain temps, se vident dans les bronches* (ou sont résorbées), *et donnent lieu à des excavations*, l'auteur admet comme germe ou premier degré de ces tumeurs, d'après Laennec, *des petits corps, plus ou moins arrondis, homogènes, luisans, d'une dureté assez considérable, du volume d'un pois à celui d'un grain de millet, désignés sous le nom de granulations grises, demi-transparentes* (2). Puis il regarde comme tuberculeuse *une matière grise, demi-transparente, en masses irrégulières, plus ou moins considérables*.

Tous les autres détails sont la répétition de ceux de Laennec, à cela près qu'il intervient de temps en temps quelques idées de M. le professeur Chomel. Telle est celle qui établit que la matière grise, tuberculeuse, amassée dans le tissu des poumons, même à la partie supérieure, peut être un produit de l'inflammation chronique. Nos lecteurs savent à quoi s'en tenir sur la véritable explication des tubercules et sur ceux qui l'ont donnée.

Notons ensuite, en passant, un trait qui commencera à donner une idée de la méthode de notre auteur. L'observation 3 ne lui offre que les altérations d'une pneumopleurite chronique, sans trace de tubercules. Il la range pourtant parmi les phthisies tuberculeuses, parce qu'il y avait *une* des glandes cervicales qui était *en partie* tuberculeuse, et parce qu'il n'a observé ces glandes tuberculeuses que chez les *phthisiques*. Ainsi l'auteur se réfute lui-même dès son début.

On trouve de longs détails sur les ressemblances et les différences des altérations organiques des poumons des phthisiques de M. Louis, comparés à ceux de Laennec, et à la suite de ces fastidieuses minuties, une sentence remarquable : c'est que les tubercules et les excavations tuberculeuses sont *à peu près* sans influence sur le développement de la péripneumonie, dans la dernière période de la phthisie. Ici l'élève n'est pas d'accord avec le maître. Il a trouvé les adhérences des plèvres en rapport avec l'étendue des altérations des parenchymes : cela devait être; mais il paraît qu'il faut nous attendre à voir prouver par la minutie des détails et des calculs sans fin, les faits que nous tenons pour les mieux avérés. Cela donne toujours du volume.

Les *pleurésies* des phthisiques lui paraissent toujours consécutives, et même dans les derniers temps. Nous avons prouvé ailleurs que le contraire était possible; mais Laennec en avait décidé autrement, et M. Louis souscrit.

L'auteur décide que les *ulcérations du larynx* et surtout celles de la trachée et de l'épiglotte sont des lésions propres à la phthisie, quoiqu'il les ait trouvées dans un sujet mort de pneumonie, et dont les poumons n'offraient aucune trace de lésion organique. Il faut lire ce passage dans l'ouvrage, pour croire qu'une telle proposition ait été émise.

(1) Nous en avons recueilli dix cas nouveaux dans le semestre d'hiver 1833, dont trois ont été présentés aux élèves de la Faculté, dans nos leçons de *pathologie* et de *thérapeutique générales*.

(2) *Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie*, p. 3.

Le *cœur* est d'ordinaire amoindri et partage l'atrophie générale; d'où l'on conclut que l'anévrisme n'est pas un effet de la phthisie. Soit; mais cela n'empêche pas que la suractivité et l'hypertrophie du cœur n'en puissent être la cause, et ce viscère peut s'être atrophié plus tard avec les autres organes. C'est ce que nous avons observé.

L'auteur a trouvé sur la quatrième partie de ses phthisiques une *rougeur de l'aorte*, qui pénétrait plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la tunique moyenne, et s'étendait à toute la circonférence de l'artère, et cela sur des sujets de vingt à trente-cinq ans. Il ne la croit pas de pure imbibition; mais il n'ose pas avouer qu'elle soit inflammatoire. Il l'a observée aussi à la suite d'autres maladies chroniques, sur un huitième des sujets. Mais ni cette rougeur, ni les plaques cartilagineuses, ne sont les effets de l'inflammation. Le scepticisme est une règle, une sorte de serment, dans l'école de Laennec; mais c'est seulement pour tout ce qui concerne l'inflammation : sur une foule d'autres points, on peut ne pas se gêner et hardiment généraliser les déductions tirées des faits les moins concluans.

Ulcérations, pertes de substance, ramollissemens, couennes légères dans la muqueuse du pharynx et de la trachée; tout cela n'a rien de commun avec l'inflammation; il n'y a pas même eu de *symptômes* qui correspondissent à ces *lésions*, si ce n'est la *dysphagie*... Les faits nous restent, passons sur la théorie.

Sur *le ramollissement et l'amincissement de la membrane muqueuse, dans le bas-fond de l'estomac*, l'auteur est de bonne foi : il n'hésite pas à expliquer ces lésions organiques par l'inflammation; il ne change pas d'opinion lors même que le bas-fond est entièrement décoloré, que la muqueuse et même la musculeuse ont disparu, et qu'il ne reste que la séreuse, près de se déchirer ou déjà perforée, parce qu'il remarque que les portions, non encore ramollies et usées, présentent de la rougeur, et parce que les symptômes de la gastrite ont existé pendant la vie.

Sans doute que M. Louis n'avait pas encore compris le mot d'ordre, car aujourd'hui la coterie va plus loin et nie constamment l'inflammation dans les ramollissemens, avec décoloration du bas-fond de l'estomac. Prenons donc acte de cet aveu. Si M. Louis eût expliqué la décoloration par le lavage des bas-fonds, qui emportent les molécules sanguines dans les points que l'inflammation a privés de la vie, il n'aurait laissé rien à désirer sur cette question d'anatomie pathologique.

Même bonne foi pour reconnaître l'inflammation dans la *rougeur, réunie à l'épaississement* avec *état mamelonné* et un enduit muqueux dans la portion de membrane muqueuse, correspondant à la face antérieure de l'estomac; seulement l'auteur croit que la pression du foie, qui était très développé, avait pu contribuer à cette inflammation. Il n'a donc point vu que le gonflement du foie est lié à une gastro-duodénite chronique; quoiqu'il regarde l'altération dont il s'agit comme déjà ancienne.

Même aveu à faire sur la *rougeur avec ramollissement*, et sur l'*aspect mamelonné avec couleur grisâtre de la membrane muqueuse du bas-fond de l'estomac :* l'auteur y voit avec raison de l'inflammation.

Quant aux *ulcérations* de cet organe, il ne leur assigne aucune cause. Il note encore quelques autres ulcérations qui, toutes, selon nous, procèdent de l'inflammation; puis son résumé nous apprend que sur soixante-dix-sept phthisiques, il ne s'en est trouvé que dix-neuf qui eussent la membrane muqueuse gastrique *à peu près* saine.

L'auteur a étudié les mêmes lésions sur des sujets enlevés par d'autres maladies chroniques, et il les a rencontrées dans la moitié des cas; tandis qu'elles existaient chez les quatre-cinquièmes des phthisiques, et presque toujours dans le plus haut degré; d'où il conclut que la phthisie est tout à la fois une prédisposition aux inflammations de la membrane muqueuse de l'estomac et aux plus graves d'entre elles. Si M. Louis eût pris pour termes de comparaison des gastrites chroniques primitives, comparées avec les gastrites chroniques secondaires, il n'aurait pas avancé cette proposition, qui tend à créer une entité morbide, nécessairement composée d'un certain nombre d'altérations organiques. Cette méthode est vicieuse; on doit suivre l'inflammation à la piste, depuis l'organe où elle débute jusque dans tous ceux où elle pénètre. Il résulte en effet de l'assertion de M. Louis que la phthisie est une maladie très inflammatoire, puisqu'elle répand ainsi l'inflammation dans l'économie. Mais poursuivons.

Les *altérations du duodénum* sont aussi notées; elles sont manifestement inflammatoires; mais l'auteur s'abstient de dire son avis sur leur nature, non plus que sur plusieurs altérations du foie, qui coïncident souvent avec elles. Il les a aussi rencontrées dans d'autres maladies chroniques. Mais quelles sont-elles? Il n'en dit rien.

Avant de décrire les *altérations pathologiques de la membrane muqueuse des intestins grêles*, l'auteur décrit l'état naturel (normal) de cette membrane, et il saisit cette occasion pour avancer que les follicules agminés, ou plaques elliptiques de Peyer, ne partagent pas d'ordinaire l'état pathologique de la membrane dont elles font partie. Il nous prépare ainsi à son *Traité des fièvres graves*, où la lésion de ces plaques deviendra le mobile unique des plus violens symptômes de la gastro-entérite. On ne peut ici méconnaître la prévention, lorsque l'on a vérifié, ainsi que nous le faisons depuis vingt-sept ans, la liaison des phlegmasies du tissu muqueux des intestins grêles, avec la turgescence inflammatoire, l'altération et la désorganisation des follicules.

M. Louis a rencontré dans les *intestins grêles le ramollissement, l'épaississement, la rougeur de la membrane muqueuse; de petits abcès sous-muqueux, des granulations semi-cartilagineuses ou tuberculeuses et des ulcérations*.

De tout cela il n'assigne en propriété à la phthisie pulmonaire que les granulations tuberculeuses et les ulcérations, car l'inflammation lui explique presque tout le reste. Il a bien rencontré quelquefois ces deux altérations chez des sujets non phthisiques; mais c'est chose si rare, qu'il n'y a pas motif pour en déposséder la phthisie. Il veut aussi qu'il y ait deux espèces d'ulcérations; celle qui se forme, comme à l'ordinaire, par la fonte de la membrane ou des follicules; et celle (inventée par Laennec) qui provient de la fonte des tubercules développés sous la muqueuse, et s'ouvrant, comme de petits abcès, dans cette membrane, qu'ils perforent et ulcèrent. N'ayant jamais observé ce mode de formation des ulcères intestinaux, nous ne pouvons en rien dire; d'ailleurs nous ne voyons ici que la répétition de Laennec, et il nous suffira de renvoyer à ce que nous en avons dit. On n'oubliera pas qu'il faut aux médecins de cette école des altérations qui ne dépendent pas de l'inflammation. Qu'aurait dit le maître s'il eût remarqué que son disciple rapportait tout à l'inflammation? Cependant, affirmer que les ulcérations des intestins grêles n'appartiennent qu'à la

phthisie tuberculeuse ou aux *fièvres graves*, et les soustraire aux entérites chroniques, c'est afficher un degré de soumission que la toute-puissance de Laennec, encore vivant à cette époque, peut seule nous expliquer.

Quant aux *altérations des gros intestins*, l'auteur répète ce qu'il a dit de celle des grêles, à quelques minuties près, auxquelles nous ne croyons pas devoir nous arrêter.

Toujours la même obscurité que ci-dessus pour les autres maladies chroniques, qu'il compare avec les phthisies, sous le rapport des altérations organiques. On ne sait quelles sont ces maladies. Après avoir comparé les lésions qu'elles laissent dans le gros intestin avec celles qu'y laissent les phthisies, il en excepte six malades qui avaient des tubercules dans les poumons, *et qui, par conséquent, étaient phthisiques*. Il ne fallait donc pas les mettre en opposition avec les phthisiques. Ainsi, tout homme à qui l'on trouve un tubercule dans un poumon, est un phthisique, fût-il mort d'une maladie étrangère au poumon; le poumon ne se fût-il affecté que long-temps après les autres viscères..... Ajoutez donc que la maladie qui a paru détruire un tel homme n'était qu'une illusion, et qu'elle n'était autre chose que l'entité phthisie, malignement déguisée pour vous tromper; de cette manière vous complèterez l'ontologie, et vous nous ramenerez au beaux temps où toutes les maladies pouvaient passer suivant le système du médecin, ou pour des scorbuts, ou pour des gouttes, ou pour des syphilis, ou pour des rhumatismes dissimulés.

Minuties multipliées, longues discussions pour faire entendre que si les glandes mésentériques tuberculeuses sont le plus souvent enflammées, elles peuvent aussi ne pas l'être; mais l'auteur n'atteint pas ce but, et il résulte de ce qu'il dit que l'entérite irrite et enflamme plus ou moins les glandes, et que la matière tuberculeuse est sécrétée dans leur tissu surirrité. M. Louis affirme n'avoir jamais rencontré de tubercules mésentériques que chez les phthisiques. Nous affirmons, nous, que nous en avons observé *souvent* dans des entérites chroniques, indépendantes de toute affection tuberculeuse des poumons, non seulement chez les enfans, chose très commune, mais même chez des adultes. Deux fois ce cas a été observé au Val-de-Grâce, dans le mois de décembre de l'hiver de 1831; nous le fîmes remarquer aux élèves, tant internes qu'externes, et deux de ces derniers furent tellement affligés de voir leur maître pris en défaut, qu'ils ne reparurent plus à notre clinique. C'est ainsi que le fanatisme se substitue à l'amour de la science: plusieurs autres n'ont pas voulu être témoins deux fois de suite de la guérison des gastro-entérites adynamiques ou à forme de typhus par la méthode antiphlogistique. Voilà de la foi robuste, et telle qu'en exigent les sectaires religieux dans tous les pays du monde. On est coupable d'avoir raison aux yeux des hommes trop fortement préoccupés.

M. Louis dit avoir vu une fois des *glandes lombaires tuberculeuses* chez un sujet qui n'offrait aucune lésion des intestins grêles et gros. Nous nous taisons sur cette observation, qui nous paraît incomplète; du reste elle se rattache à la suivante.

Les glandes cervicales, d'ailleurs *rouges, grises ou noirâtres, enflammées*, en un mot, ont été trouvées tuberculeuses chez quelques sujets qui n'avaient point de trace de phlegmasies dans la trachée; mais le plus grand nombre en avait. On ne dit rien de l'état du pharynx, et de suite on conclut que les glandes peuvent devenir tuberculeuses sans qu'il y ait inflammation des muqueuses auxquelles elles correspondent. Cela n'est pas rigoureux; la membrane ou la peau, qui correspondent à des glandes lymphatiques, peuvent avoir souffert de l'irritation pendant la vie, et n'en conserver aucune trace après la mort. La résolution est plus facile dans le tissu d'une membrane ouverte que dans celui d'une glande, et celle-ci ne se débarrasse pas facilement de la matière tuberculeuse qu'elle a sécrétée. Ce n'est pas une sécrétion de matière tuberculeuse dans un tissu irrité que veut l'auteur avec son école, c'est une *transformation;* parce que cela est plus mystérieux, et paraît beaucoup plus relevé à la secte mystique que cette maudite irritation qui fait son malheur par l'accueil qu'elle reçoit de plus en plus des observateurs sans préjugé.

La *transformation graisseuse du foie* est le sujet du ve chapitre, qui ne jette aucune lumière sur ce mode d'altération : selon l'auteur, elle existe *presque uniquement* chez les phthisiques, ce qui prouve qu'il l'a trouvée chez d'autres sujets, et qu'elle n'est pas propre aux phthisiques, comme il le conclut sans fondement; car que signifie un *presque* en fait de preuves? Mais nous l'avons déjà vu raisonner de la même manière pour les ulcérations des intestins et les tubercules des glandes mésentériques. Le foie ne s'est trouvé gras que chez le tiers des phthisiques. Or, qu'est-ce qu'une altération propre à la phthisie, et que pourtant elle ne produit qu'une fois sur trois? Le foie gras n'est donc qu'une complication, comme beaucoup d'autres, des tubercules pulmonaires. Coïncide-t-elle plus souvent avec les phlegmasies chroniques du tube digestif? voilà ce qu'il devait chercher dans ses propres observations; il y aurait trouvé de quoi fixer son opinion. L'auteur se contente de dire que le foie gras peut exister sans duodénite; mais l'estomac, le jéjunum, quel était l'état de leur muqueuse lorsque le foie a paru gras? Ses observations répondront qu'ils étaient affectés d'inflammations chroniques. C'est ce qu'il s'est abstenu de dire, et c'est pourtant ce que la médecine physiologique voulait qu'on dît. Mais la subtilité a pris ici la place des recherches franches et loyales. Le foie gras, quoique existant chez la minorité des phthisiques, est un attribut de la phthisie, bien qu'on puisse le rencontrer chez ceux qui n'ont point été phthisiques. Tel est l'argument péremptoire de M. Louis; et la question principale, celle du rapport de l'état gras avec les gastrites et les entérites, n'est point traitée. Elle le sera sans doute par des hommes qui connaîtront ces maladies. En attendant, nous pouvons affirmer que nous n'avons jamais manqué de constater la coïncidence de la gastrite et de l'entérite avec toutes les altérations du foie, y compris l'état gras, tandis que celle des tubercules pulmonaires, avec ces altérations, n'est pas constante, comme le prouvent les calculs de notre auteur. Nous ajouterons que, dans les cas nombreux dont nous avons pu vérifier le commémoratif, l'irritation gastro-intestinale avait précédé de fort long-temps l'affection du foie. Il était nécessaire de relever sur ce point l'auteur qui nous occupe; car il est une foule de gens qui s'en rapportent à ses conclusions, n'ayant ni le temps, ni la patience, ni le courage de vérifier les faits dans tous leurs détails.

M. Louis a rencontré chez un phthisique un *foie emphysémateux* plus léger que les poumons; c'est un fait unique, dont il ne tire aucune conclusion.

Il rend compte de *état de la bile* et *de la vésicule biliaire chez ses phthisiques*. De pareilles recherches

auraient été utiles, appliquées aux affections du foie et du canal intestinal, considérées dans leur rapport avec la phthisie; encore eût-il fallu tenir compte de la manière dont le tube digestif aurait été modifié pendant la durée de l'affection pulmonaire, afin de faire la part de l'influence du poumon malade, et de la stimulation directe de l'appareil digestif. C'est ainsi qu'il aurait fallu agir, relativement aux affections de la muqueuse digestive elle-même, dans leur rapport avec la phthisie; mais l'auteur n'a point eu l'idée de pareilles recherches; il a obéi à l'impulsion de son école, qui cherche à tout démolir et à tout mettre en problème, à l'exception de l'article de foi qui la domine. Ces recherches sont faites pour les médecins physiologistes; ils en savent les résultats, quoiqu'ils n'en possèdent pas les calculs. Un jour quelqu'un d'entre eux prendra peut-être la peine de les dresser d'après des observations minutieuses. Il ne faut pour cela que de la patience et des loisirs.

Sur l'*état de la rate*, l'auteur ne dit rien d'instructif. On sent seulement qu'il a pour but de détruire toute idée de rapport des affections de cet organe avec celles des autres, pour insinuer uniquement que les tubercules de la rate sont liés exclusivement à ceux des poumons. Il prépare de loin la prétendue loi qu'il veut établir plus tard, qu'à partir de l'âge de quinze ans l'existence des tubercules dans tous les organes est subordonnée à celle des tubercules dans les poumons. Mais nous savons déjà que cette loi n'est qu'imaginaire.

Même observation à faire sur les *lésions des voies urinaires et des organes génitaux : les capsules surrénales, les reins, la prostate et les vésicules séminales* sont rarement tuberculeux chez les phthisiques; mais ces *organes ne le sont que chez eux*, quoiqu'ils puissent être enflammés chez d'autres. Donc, si l'inflammation existe dans ces organes avec des tubercules, elle ne saurait en être la cause; donc la matière tuberculeuse est le produit d'une disposition morbide, qui attaque plusieurs organes à la fois indépendamment de l'inflammation... Il eût fallu prouver que la sécrétion tuberculeuse était partout indépendante de l'irritation des tissus où on la découvre. Mais l'école que nous cherchons à faire juger a toujours éludé cette importante question.

L'auteur ne manque pas, à propos des lésions des organes génitaux de la femme, qui sont bien rarement tuberculeux, de nous avertir qu'il n'a trouvé de la matière tuberculeuse dans les parois de l'utérus que chez les phthisiques. Il n'en dit pas autant des ovaires; mais ce qu'il n'a pas trouvé a pu l'être par d'autres. Souvenons-nous de toutes ces observations lorsque nous serons arrivés à ses conclusions générales et à ses *lois*.

Il a vu la *péritonite* chez les phthisiques; mais il n'en a tiré aucune induction relativement aux affections de la muqueuse, au régime, et en un mot, à l'action des modificateurs sur ces sujets. Il compte combien de fois il a trouvé des péritonites tuberculeuses chez les phthisiques; puis il se livre à des rapprochemens qui ne tendent qu'à essentialiser la sécrétion ou l'exhalation de cette matière, ou bien à la soumettre exclusivement à l'entité phthisie pulmonaire. Insinuer que le mésentère et le péritoine ne peuvent être tuberculeux que chez les phthisiques, c'est induire en erreur les inexpérimentés, dans l'intérêt d'un système exclusif.

Beaucoup de détails sur *les altérations du cerveau et de ses membranes* chez les phthisiques : elles sont semblables à celles que l'on trouve à la suite des autres maladies chroniques; les seules qu'il ait observées exclusivement chez les premiers, sont des hydatides et des tubercules, mais ces hydatides sont peut-être de la même nature que les tubercules. Ainsi toujours le même but; soumettre toute la tuberculosité de l'économie à l'entité phthisie pulmonaire, c'est le grand œuvre que prépare notre anatomo-pathologiste. Il n'a pas vu, à partir de l'âge de quinze ans, de tubercules sans phthisie pulmonaire.... Mais il n'a pas ajouté : *Donc personne n'a pu et ne pourra jamais voir le contraire.*

Des neuf observations que rapporte M. Louis à l'appui des propositions d'anatomie pathologique que nous venons d'examiner, je n'en mentionnerai qu'une, et c'est la dernière. Il la donne comme décisive pour prouver que la sécrétion de la matière tuberculeuse est une action morbide qui s'opère primitivement dans plusieurs organes indépendamment de l'inflammation; qu'elle commence toujours dans les poumons, et qu'elle se répète dans d'autres tissus sous la dépendance de cet organe.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, dont la maladie avait débuté sept mois avant son entrée à l'hôpital de la Charité par des symptômes indiquant l'irritation inflammatoire de l'estomac et des intestins grêles; frisson, dyspnée, perte de l'appétit, soif et douleur pulsative à l'épigastre. Les frissons étaient revenus tous les jours, et tous les autres symptômes avaient persisté à peu près au même degré pendant cinq mois, surtout la soif et l'anorexie n'avaient fait que s'accroître pendant ce laps de temps; la dyspnée avait fait des progrès avec eux; mais la *toux et les crachats ne s'y étaient joints que dans les trois dernières semaines seulement.* Eh bien! c'est après une pareille marche que l'auteur ose avancer que la maladie a débuté par une sécrétion de tubercules dans les poumons, et qu'un paquet de glandes lymphatiques tuberculeuses, trouvées sur le pancréas, ne peut être attribué à l'inflammation de la membrane muqueuse des intestins. Il se fonde sur ce que la diarrhée n'a paru que dans les derniers temps, comme si l'inflammation du duodénum, qui datait du début, et que l'autopsie avait montrée avec plusieurs ulcérations, n'avait pas pu influer sur le développement et la tuberculisation de ces glandes. Il soutient que le défaut de la diarrhée, jusqu'à l'époque des dernières semaines, prouve que les intestins grêles n'étaient pas enflammés avant cette même époque. C'est une erreur, j'allais dire grossière; mais je pense qu'il faut plutôt dire calculée. On en verra le motif à la dothinentérie de l'auteur. Il demande si l'inflammation des membranes muqueuses peut expliquer des ganglions cervicaux et subaxillaires tuberculeux qu'on a trouvés chez le sujet, après avoir montré la membrane muqueuse de la trachée très rouge, surtout en arrière, et avoir beaucoup insisté sur la ténacité de l'anorexie et de la soif, dans les premiers temps de la maladie, comme si ces symptômes n'attestaient pas une vive irritation de la membrane muqueuse du pharynx et de l'œsophage, dont il ne fait d'ailleurs aucune mention dans la nécroscopie, mais qui devait être dans l'état de phlogose où il a trouvé l'estomac. De ce que le détritus et la fonte des tubercules n'ont existé que dans les poumons, il conclut que la sécrétion tuberculeuse a dû se faire en premier lieu dans ces organes; et il ne songe pas que le poumon, comme plus sanguin et plus inflammable que le canal digestif, a besoin d'un temps beaucoup moins long pour arriver à la suppuration lorsqu'il est vivement excité comme il l'était chez cette fille, ainsi que l'a prouvé l'ardeur de la fièvre, de la soif, etc. Il veut subordonner la marche des-

tructive de cette polysplanchnite à une fatale sécrétion tuberculeuse, lorsque ce qu'il nous dit, aussi bien que ce qu'il nous tait, prouve que l'état inflammatoire, né dans les surfaces muqueuses, a été négligé pendant plusieurs mois, et sans doute exaspéré; car ceux qui ne se traitent pas dans un pareil état, cumulent sans cesse les fautes de régime et les écarts hygiéniques. Il prétend que les phlegmasies muqueuses ne sauraient expliquer des tubercules trouvés dans le cerveau et ses membranes, sans soupçonner le moins du monde que cet appareil est toujours vivement irrité dans les phlegmasies des viscères, surtout dans celles du tube digestif, et que c'est l'irritation du système vasculaire, quel qu'en soit le point de départ, qui détermine les sécrétions tuberculeuses lorsque la prédisposition existe.

Nous pourrions le réfuter dans les conclusions qu'il tire des huit autres observations; mais ce serait peine perdue. Il nous suffit de montrer comment il faut s'y prendre pour bien apprécier sa méthode.

Dans un résumé qui termine l'anatomie pathologique de son ouvrage, l'auteur a soin de reproduire, comme pour les consacrer, les propositions fondamentales de son école, avec la présomption assez bien fondée, que tous ceux qui *aiment mieux croire que d'aller voir*, les prendront là et les répèteront par une sorte d'écho. Il étale donc ces propositions en supprimant les correctifs qu'il y avait mis lui-même dans les détails. C'est sa méthode, il ne faut pas l'oublier. Il leur donne en même temps la qualification de *lois*. Les voici à la lettre :

Les ulcérations du larynx et SURTOUT *celles de la trachée et de l'épiglotte; les ulcérations de l'un et l'autre intestins, de l'intestin grêle* PRINCIPALEMENT, *et l'état gras du foie*, SEMBLENT *propres à la phthisie pulmonaire.*

Pourquoi ce *surtout*, ce *principalement* et ce *semblent?* Ces altérations sont ou ne sont pas propres à la phthisie pulmonaire; c'est-à-dire, suivant l'auteur, effet nécessaire de l'état tuberculeux des poumons. Or, je soutiens, d'après mon observation propre, qu'elles ne le sont pas. Des altérations rencontrées sur la portion dégénérée de la population de Paris sont bien loin de faire loi pour l'anatomie pathologique des consomptions pulmonaires.

Il n'est pas plus vrai qu'*une ulcération existant dans l'un des organes qui vient d'être indiqué, autorise celui qui la voit à affirmer* (1), *abstraction faite de toute recherche ultérieure, que le sujet est mort phthisique*, qu'il ne l'est que *l'existence des tubercules dans les poumons est la cause et constitue le caractère propre de la phthisie*, et qu'il ne l'est qu'*à partir de l'âge de quinze ans, l'existence des tubercules dans tous les organes suppose celle des tubercules dans le poumon.* Tout cela est erroné, nous l'affirmons sans y mettre de *surtout*, de *principalement*, ni de *en quelque sorte.* L'inflammation et la subinflammation peuvent, des causes suffisantes étant données, commencer dans tous les points et se propager dans toutes les directions, en déterminant les désordres qui leur sont propres; et vouloir les circonscrire dans certains modes de développemens et de propagations toujours les mêmes, c'est donner dans le faux et dans l'*exclusif.*

L'auteur fait ensuite, pour les symptômes, ce qu'il a fait pour les altérations cadavériques; c'est-à-dire qu'il compte combien de phthisiques ont présenté chacun de ces symptômes, soit qu'ils dépendent du poumon, soit qu'ils procèdent de l'affection de tout autre organe. Il partage la phthisie en deux époques, ancienne méthode qui n'a pas obtenu l'approbation de Laennec. Sur la première, nous aurons à faire quelques observations importantes.

M. Louis prétend que dans la plupart des cas la maladie débutait sans cause connue et qu'un tiers seulement des sujets en attribuait les symptômes à des alternatives de chaud et de froid, à des vents coulis, à l'immersion des pieds dans l'eau froide, à l'eau qu'ils avaient bue étant en sueur, puis il lui plaît d'ajouter qu'ils n'affirmaient pas cela d'une manière positive, et que c'était une simple conjecture... Mais pourquoi donc ce correctif, pourquoi cette peine prise, dès le commencement, d'atténuer l'action des causes? Un esprit juste ne verra là que la partialité d'une opinion exclusive, et l'adresse d'un historien qui prépare de loin des conclusions contraires aux faits.

Comment débutaient les deux autres tiers? L'auteur s'abstient de nous en instruire; mais il va bientôt rendre lui-même cette précaution inutile; car, à la page suivante, on lit : « Qu'il y eût ou non des » causes apparentes, la maladie débutait par une » toux ordinairement peu considérable, et les ma- » lades n'y faisaient d'abord aucune attention, croyant » n'avoir qu'un simple rhume, *auquel plusieurs d'en-* » *tre eux étaient sujets.*» Eh! pourquoi donc ces *plusieurs*, expression très commode pour détourner l'attention? pourquoi ces plusieurs, qui sont sans doute plus d'un tiers, n'auraient-ils point dû la maladie à ces rhumes auxquels ils étaient sujets et à leur cause, qui n'est autre chose que le froid? Ce parti pris de nier l'influence du froid sur la production des tubercules est le cachet de la secte des Laennecciens. Il est d'autant plus blâmable, qu'il tend à détourner les praticiens du moyen le plus efficace au début des irritations pulmonaires, celui de l'émigration dans un pays chaud; et les succès de ce moyen, que l'on constate journellement chez les gens riches et chez les personnes qui s'embarquent pour les colonies, prouvent à satiété que le froid est la principale cause des phthisies. Ces sujets à toux débutante, que l'on suppose affectés de tubercules préexistans à leurs rhumes, guérissent presque toujours par ces émigrations : donc leurs tubercules, s'ils en ont, se résolvent sans suppurer, et, dans ces cas, votre roman de la phthisie se trouve réfuté; mais il est bien plus probable que la plupart d'entre eux n'a point encore de tubercule, et que la révulsion vers la peau, opérée par la chaleur du nouveau climat, les en préserve en dissipant et leurs bronchites et les irritations vasculaires de l'appareil pulmonaire. Pourquoi ne pas convenir de tout cela? Pourquoi s'épuiser en subtilités et en sophismes aux dépens de l'humanité souffrante (2)?

J'abandonne M. Louis parcourant ses deux périodes que tous les médecins connaissent; mon projet n'étant d'ailleurs ici ni de copier, ni même d'analyser son ouvrage, qui d'ailleurs mérite d'être lu; je vais dire un mot sur la *durée.*

Elle s'étend de vingt-quatre jours à vingt ans. Mais que d'obscurité dans ce calcul! Où sont les causes appréciables de ces durées? Entendez-vous les expliquer par la marche spontanée et fatale des tubercules? Quels organes ont pris part à l'inflammation qui a décomposé tous ces corps vivans?

(1) Ici se trouve dans le texte le correctif *en quelque sorte* (*loco citato*).

(2) Nous répétons ici ces vérités déjà dites, parce que plusieurs médecins ont l'oreille dure.

Qu'a-t-on fait qui pût la ralentir ou l'accélérer? Quelle part l'irritabilité individuelle, le climat, les passions, les circonstances ont-ils pu y avoir?... Cet étalage de calculs sans explication ne peut séduire que des esprits superficiels ou des ignorans.

Mêmes réflexions à faire sur les calculs relatifs *aux âges* et *aux sexes*.

La *toux* et les *crachats* sont ensuite passés en revue; mais nous n'y voyons rien qui puisse offrir de l'intérêt. L'auteur semble d'abord regarder les crachats striés, contenant des parcelles blanches, comme le meilleur signe de la présence des tubercules, lorsqu'ils sont en même temps *pelotonnés* et *arrondis;* puis il nous avertit qu'il les a rencontrés deux fois avec ces caractères, bien que les poumons n'offrissent ni tubercules, ni cavités tuberculeuses, ni dilatation bronchique. Sur les crachats, nous ne pouvons encore mieux faire que de renvoyer à ce que nous avons dit de Laennec.

M. Louis se demande si l'hémoptysie est la cause ou l'effet des tubercules pulmonaires. De plusieurs considérations il déduit hardiment que cette hémorrhagie en est l'effet, et qu'elle annonce, d'une manière *infiniment probable*, leur présence dans les poumons; mais non pas pour cela d'une *manière certaine;* car *plusieurs faits bien constatés paraissent faire une heureuse exception* à cette règle. Voilà une règle singulière; elle repose sur un *infinement probable*, et pourtant est sujette à *plusieurs exceptions*. Mais qu'est-ce qu'un *infiniment probable*, et quel usage M. Louis fait-il de la langue française dans l'administration des preuves de ses règles? Sachons-lui gré, du moins, de n'avoir pas érigé celle-ci en loi.

Si nous consultons les faits puisés dans la pratique des bons médecins agissant sur des malades qui veulent et peuvent se faire bien traiter, nous verrons que le nombre des hémoptysiques qui échappent à la consomption pulmonaire est supérieur au nombre de ceux qui en sont victimes, même en faisant, avec notre auteur, une exception en faveur des cas traumatiques et des femmes dont les menstrues sont déviées. Il est bien vrai, comme il le dit et comme nous l'avons écrit nous-même il y a plus de vingt ans, que la plupart des hémorrhagies qui se répètent tirent leur source d'un foyer permanent de phlegmasie, qui se congeste de sang et l'exhale ensuite plus tôt ou plus tard; mais il ne suit pas de là que la plupart des congestions pulmonaires qui produisent des hémoptysies soient provoquées par la présence de tubercules. Que les sujets déjà tuberculeux y soient exposés, personne n'en disconviendra; mais qu'une foule d'autres causes puissent accumuler le sang dans les poumons sans qu'il existe d'autre altération qu'une irritation plus ou moins inflammatoire, c'est ce que nous forcent d'admettre les cures nombreuses d'hémoptysies, obtenues par l'émigration et par une thérapeutique réellement physiologique. On conçoit très bien que si le traitement est mal conduit, que si, dans la supposition de tubercules préexistans, on néglige les moyens de détruire et de prévenir les congestions, sous prétexte que le mal est déjà fait, beaucoup d'hémoptysiques, qui auraient pu guérir, contracteront des tubercules et périront dans la phthisie pulmonaire; mais il ne l'est pas moins que d'autres succomberont à cette phthisie sans avoir de tubercules, soit qu'il y ait des excavations purulentes, soit qu'il n'y en ait point, et qu'il n'existe que des indurations ou des infiltrations séro-sanguines. Toutes ces chances sont possibles, et de nature à détruire les théories exclusives de notre auteur sur ces affections. Laennec avait un peu mieux compris les faits lorsqu'il faisait de l'apoplexie sanguine pulmonaire la principale cause de la plupart des hémoptysies un peu copieuses.

Sur la *dyspnée*, l'auteur est d'une stérilité remarquable : et le peu qu'il en dit ne tend qu'à obscurcir la question des causes et du mode physiologique de ce phénomène... Je note seulement qu'il a remarqué que l'oppression dyspnoïque est rapportée par les malades à la partie antérieure, moyenne et supérieure de la poitrine, et très rarement au siége du mal. C'est un fait dont j'ai toujours été frappé. C'est également dans la partie moyenne de l'abdomen que sont rapportées les douleurs de cette région dans la très grande majorité des cas. Mais il est des sujets qui, dans ces deux cavités viscérales, ont le sentiment assez fin pour désigner avec une précision géométrique les siéges des diverses irritations qu'ils y éprouvent; et quant à la poitrine, on en trouvera qui marquent le point d'où part le sentiment d'oppression, et d'où se détachent les crachats. Maintenant c'est aux phrénologistes qu'il appartient de déterminer de quelles circonvolutions du cerveau dépend cette exquisivité du sentiment intérieur.

Les *douleurs* des phthisiques, rapportées soit au dos, soit à un point du cercle costal, sont attribuées par l'auteur, ou à des adhérences par inflammation de la plèvre, ou bien aux tubercules. Elles sont donc imparfaitement expliquées. Il y a plus que cela à dire sur la manière dont les irritations des organes contenus dans le thorax développent des points douloureux dans les parois; mais nous n'avons pas le loisir de développer ici cette question, que nous avons déjà traitée dans nos *Commentaires*, etc.

La *fièvre* est attribuée par M. Louis à l'affection des poumons. Mais quelle est cette affection? est-ce une inflammation? il s'abstient de le dire, sans doute pour laisser conclure que la présence des tubercules est la cause de la fièvre. Au reste, pas un mot sur la gastrite, qu'il avoue toutefois, puisqu'il dit que le kina doit rarement être opposé aux accès à forme intermittente qui affligent souvent les phthisiques, attendu que la membrane interne de leur estomac *se trouve souvent dans un état d'inflammation;* aveu digne d'éloges, et que le maître Laennec se serait bien gardé de faire. En effet, non seulement cette phlegmasie augmente toujours la fièvre dans la phthisie; souvent même elle la cause seule avant que le poumon soit affecté. Ce qui est vrai encore, et très digne de remarque, c'est que souvent la phlegmasie règne dans les poumons long-temps avant qu'il s'y soit formé de tubercules, et l'auteur ne paraît pas s'en douter. Il est des cas où les ramifications bronchiques sont enflammées avec toux sèche, sans qu'il existe de tubercule. Il en est d'autres où l'irritation ne paraît avoir son siége que dans le cœur et les vaisseaux, sans que les bronches soient affectées ni que le parenchyme donne aucun signe de lésion; et cet état, véritable imminence de phthisie, peut céder à l'influence de la chaleur sans qu'il y ait apparence de fonte de tubercules, ni d'excavation.

Dans tous ces cas, pourquoi supposer ces corps que rien n'a pu démontrer? il faut voir l'irritation où elle est, et attendre, pour prononcer, que plusieurs morts accidentelles aient procuré les lumières de la nécroscopie. Nous avons sur ce point des idées que nous exposerons lorsque de nouveaux faits nous y auront autorisé.

La *sueur* est attribuée par l'auteur à un dérange-

ment des fonctions de la peau *sans altération sensible de sa structure*. Elle ne dépend donc pas de l'inflammation ; peut-être est-elle sympathique, ou due à une autre cause ; mais elle prouve toujours qu'une fonction peut-être altérée pendant longtemps sans que l'organe qui en est chargé offre de changement appréciable... Il y a donc des hommes nés pour obscurcir toutes les questions. Tous les faits prouvent que la sueur est l'effet de l'afflux du sang vers la peau et non de l'inflammation de ce tissu. Il s'agissait de montrer que les redoublemens de fièvre se terminent chez les phthisiques par la sueur comme chez ceux qui sont affectés d'accès fébriles intermittens, et l'on aurait vu que l'inflammation des poumons, qui est la cause de la fièvre, est aussi celle de la sueur. Il ne fallait pour cela que faire des rapprochemens; mais M. Louis ne se plaît que dans la dissociation. Est-ce une impulsion communiquée, ou la preuve d'un certain genre d'esprit? les autres ouvrages de cet auteur nous l'apprendront.

Nous avons prouvé ailleurs que toute impulsion irritative donnée à l'économie devait se terminer ou par des excrétions ou par des mouvemens convulsifs. Or, toute digestion produit chez les phthisiques parvenus à l'état de fièvre une congestion de sang dans l'appareil des viscères, et la suite de cette concentration irritative est un redoublement de mouvement fébrile et la répulsion du sang vers la périphérie; d'où résulte la sueur. Voilà tout le secret de la sueur de ces malades qui se trouve favorisée par les couvertures pendant la nuit, et par la chaleur de l'atmosphère qui les entoure à raison de la fermeture des portes et des fenêtres, pendant les heures que l'on consacre au sommeil. Tout cela peut être suivi de l'œil, et n'exige pas un grand talent d'observation.

La *soif* n'a fourni à l'auteur l'idée d'aucun rapprochement utile : elle a été observée chez les malades où la membrane muqueuse de l'estomac a été trouvée saine... Soit, mais la gastrite est-elle la seule cause de la soif? toutes les déperditions et évaporations de fluides ne peuvent-elles pas l'occasionner?

L'auteur ne nous apprend rien sur la *diarrhée*, où il ne voit qu'un *vice de sécrétion*. Il l'a trouvée si fréquente qu'il l'a crue un des symptômes de la phthisie; du reste, elle est toujours due à des ulcérations du colon, etc... La diarrhée dépend d'une phlegmasie de cet intestin presque toujours consécutive à celle des grêles, et qui vient compliquer l'inflammation pulmonaire : ce qu'il y avait à noter de plus important, c'était l'influence du traitement sur cette complication.

Rien de nouveau sur *l'amaigrissement. Il peut seul, par sa disproportion avec les symptômes, faire présumer les tubercules*, suivant notre auteur... C'est fort bien; mais souvenons-nous qu'il y a de la fièvre et des pertes qui surpassent l'assimilation. Or, derrière tout cela se trouve une irritation nervoso-vasculaire dont les tubercules ne sont qu'un effet, tout aussi bien que le reste; d'ailleurs il faut s'assurer si la gastrite ne met pas obstacle à la nutrition.

L'*aspect de la figure et celui du reste du corps* ont chacun un petit alinéa; mais qu'en dirais-je?

Un chapitre est destiné au *diagnostic... des tubercules;* car c'est cela, pour notre auteur, qui constitue la phthisie pulmonaire. Malheureusement on n'a que des présomptions sur leur existence : nous l'avons vu dans l'ouvrage de Laennec.

M. Louis avoue de bonne foi qu'il a été trompé par l'auscultation chez un homme affecté de bronchite chronique. Il y avait gargouillement, pectoriloquie et autres signes d'une large excavation sous une clavicule, quoique le son et le bruit respiratoire existassent partout ailleurs. L'auteur, prévenu par Leannec, ne crut pouvoir attribuer la caverne ou les cavernes qu'à une fonte de tubercules. Néanmoins, la pectoriloquie était due à des dilatations bronchiques multipliées, formant des espèces de kystes adossés les uns aux autres; et tout le parenchyme, engorgé, était exempt de tubercules (p. 235). L'auteur, enfin détrompé, aurait voulu, pour compléter la certitude des tubercules, des hémoptysies antécédentes, des douleurs de poitrine, des crachats striés, et surtout une matité plus étendue; car celle-ci était limitée sous la clavicule. Mais quand il aurait eu tout cela, les tubercules n'auraient encore été que probables; ils n'auraient pas été certains, l'induration rouge autour d'une cavité purement inflammatoire pouvant fournir tous ces signes, ainsi que nous l'ont prouvé les observations recueillies au Val-de-Grâce, dans l'hiver de 1832 et dans celui de 1833. Cependant tous nos malades ont eu de la fièvre, et se sont fondus dans le marasme en expectorant des matières puriformes. Que faut-il donc de plus pour caractériser une phthisie pulmonaire? et pourquoi s'obstine-t-on à la faire consister uniquement dans les tubercules ?

Si l'on en croit M. Louis, *la péripneumonie n'est qu'accidentelle dans la phthisie;* si elle survient tard, elle précipite la fin des malades; si elle arrive lorsqu'ils ont encore de la force de et l'embonpoint, elle guérit *presque toujours* malgré l'existence des tubercules, et même des excavations. Telle est son assertion, mais il ne s'appuie d'aucun fait particulier; il est court dans ce chapitre, et pour cause. C'est un parti pris pour lui, comme pour Laennec, d'affranchir les tubercules de toute inflammation déterminante. La bronchite et la pneumonie étant des inflammations, ne doivent donc jamais être que consécutives ou accidentelles; on serait hérétique si l'on avait d'autres pensées.

Dans les principes de la secte, on doit donc parler de ces deux affections, qu'on ne peut taire puisqu'elles existent toujours, comme de complications qui peuvent avoir une marche indépendante; quant aux preuves, on ne s'en met pas en peine. Quel serait l'audacieux qui oserait les exiger ! une exclamation de méprise le ferait taire à l'instant... Tubercules, nous disent ces messieurs, tubercules, c'est tout dire; et s'il y a autre chose, c'est de l'accident... excepté toutefois les inflammations, ulcérations, ramollissemens et indurations... De la poitrine?... non de l'abdomen; mais comme on y voit quelquefois des tubercules, tous ces désordres sont des symptômes de la phthisie, c'est-à-dire, des tubercules pulmonaires, quoiqu'ils aient leurs siéges hors de la cavité pectorale. Quant à l'inflammation du parenchyme, quoiqu'elle soit entremêlée avec les tubercules, il ne lui sera permis d'en être ni la cause ni l'effet, elle sera accidentelle. On a vu cependant que Laennec consentait à ce qu'elle fût un effet des progrès des tubercules; mais on a renchéri sur cet anatomo-pathologiste.

L'auteur indique fort bien les *symptômes de l'inflammation dans l'intérieur de l'épiglotte et du larynx :* la douleur modérée et la raucité correspondent à la première; une douleur vive indique la seconde, et la déglutition est toujours plus ou moins gênée; mais tout cela ne paraît être pour lui que l'effet des tubercules pulmonaires; car il faut bien que tous les symptômes de la phthisie viennent de là. Il ne semble pas soupçonner qu'une irritation née dans

cette région puisse, en se propageant, porter l'altération dans les poumons. C'est pourtant ce que l'observation nous a souvent démontré; car il est hors de doute que si les laryngites peuvent être consécutives aux pneumonies, elles peuvent aussi leur être primitives, et, négligées, devenir la cause unique des phlegmasies désorganisatrices des parenchymes. L'irritation peut naître dans tous les tissus et marcher dans toutes les directions imaginables. Toute autre doctrine, à coup sûr, mériterait de porter le titre d'exclusive.

Même observation à faire sur les inflammations et *les altérations de la trachée et de la bifurcation des bronches*.

L'*anorexie*, *les nausées*, *les vomissemens*, *les douleurs de l'épigastre*, tels étaient les symptômes du *ramollissement* et de l'*amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac*. Ils avaient quelquefois devancé l'affection pulmonaire de deux ou trois années. Et cependant M. Louis en fait, ou des symptômes de la phthisie pulmonaire, c'est-à-dire des tubercules, ou des complications dont il ne se met pas en peine de chercher les causes. Que répondre à cette théorie? Nous ne pouvons que répéter ce que nous venons de dire, que l'irritation inflammatoire peut naître dans tous les tissus, et se propager dans l'économie selon toutes les directions; mais qu'il faut avoir égard aux modificateurs qui peuvent accélérer ou retarder sa propagation. Les Anglais ont été de meilleure foi, lorsqu'ils ont annoncé qu'un grand nombre de consomptions pulmonaires sont l'effet des affections chroniques des voies digestives; ce qui n'empêche pas que, née dans l'appareil respiratoire, l'irritation ne puisse et ne doive le plus souvent se propager dans l'appareil de la digestion.

Un des vices de l'école à laquelle appartient M. Louis, est de *considérer l'opium comme un calmant*, et de n'en pas craindre l'emploi dans les inflammations des voies digestives. On en trouve des preuves dans l'ouvrage qui nous occupe. Il expose successivement les *symptômes de l'inflammation des diverses régions de l'estomac;* mais à quoi cela lui sert-il, puisqu'il ne fait aucune réflexion sur des cas cités par lui, où l'on donne des stimulans, et jusqu'à trente gouttes de teinture de digitale dans une gastrite? Il observe et décrit, dans ce cas, pour le plaisir d'observer et de décrire. Il est des hommes inamovibles dans leur croyance et qui ne veulent avoir égard qu'aux principes de ceux de leur parti. L'étude de l'action des modificateurs est totalement étrangère à cette espèce d'observateurs; mais il leur restera la gloire d'avoir servi à l'instruction des autres sans s'en douter. Toutefois M. Louis nous laisse trop à conjecturer sous ce rapport; car d'ordinaire il ne relate d'autres prescriptions que celles du jour où les malades sont arrivés.

Vient ensuite l'*état de la langue*, mis en rapport avec les altérations diverses de l'estomac. L'auteur énumère, à l'occasion de cet état, comme de tout autre, comme de toute lésion anatomique, combien de fois il a trouvé la chose dont il s'agit sur un nombre de cas donnés. Travail de manœuvre, très ennuyeux pour le lecteur, parce qu'il est trop sec et n'est suivi d'aucune considération importante. C'est sa méthode. Mais, nous l'avons dit vingt fois, tous ces chiffres ne signifient rien, tant que les modificateurs sous l'influence desquels les symptômes ou les lésions dont on s'occupe n'existent pas et offrent des variétés, ne sont point indiqués, ou sont niés, dissimulés et dénaturés, ce qui est cent fois pis encore.

Nous nous abstiendrons de suivre notre auteur dans la recherche dont il s'agit. Mais je ne saurais passer sous silence la conclusion. C'est *qu'il n'y a aucune relation entre l'état de la langue et celui de l'estomac;* car, si dans quelques cas elle est rouge dans la gastrite, le contraire est encore plus fréquent; et d'un autre côté, elle est quelquefois sèche, dure et très rouge quand la membrane muqueuse de l'estomac est parfaitement saine (p. 344).

Un médecin qui aurait eu l'intention de s'instruire et d'instruire les autres, aurait d'abord noté que la langue peut avoir ses causes propres de rougeur. Ensuite, il aurait tenu compte de la période des inflammations de l'estomac, pour vérifier si les influences de cet organe sur les autres n'offrent pas des variétés relatives à leur durée, ainsi qu'à la manière dont elles ont été traitées, etc., etc. Mais M. Louis, digne imitateur de Laennec, ne vise qu'à la destruction de tous les dogmes qui ne sont pas de son école. Selon lui le rôle de la langue se réduit à fournir des données pour le pronostic. Il ne s'en sert que pour cela; mais il ne nous révèle pas son secret. M. Louis est heureux, comme l'on voit, dans ce qui sort de son propre fond (1).

Suit *l'état des fonctions des organes génitaux*, chez l'homme et chez la femme. Pauvreté, c'est tout ce que nous y avons pu trouver. Les phthisiques ne sont pas enclins aux plaisirs de l'amour, attendu que leurs organes se détériorent... Soit; mais avant que cette détérioration arrive, dans la période d'irritation nervoso-sanguine, qui prépare la formation des tubercules, à cette époque où presque toutes les fonctions en reçoivent un certain degré d'exaltation, M. Louis est-il bien sûr que les organes génitaux n'en aient pas leur part, lors surtout que la portion de l'appareil encéphalique qui leur correspond est très développée? Nous avons vu la sécrétion spermatique prodigieusement accrue dans cette période d'imminence. Tout le monde sait que les maîtres de M. Louis, les *Bayle* et les *Laennec* ont offert cette particularité remarquable.

Quant aux *règles*, voici ce qu'il en dit : « Quoique le flux menstruel eût été diminué ou supprimé, on n'a parfois trouvé d'autre changement dans l'utérus qu'une diminution de volume; nouvelle preuve que le dérangement d'une fonction ne suppose pas toujours l'altération, du moins sensible, de l'organe qui en est chargé (p. 349). Quel médecin a jamais pu penser que la diminution et la cessation des règles, provoquées par l'exténuation du corps, ou la diminution de l'hématose, supposassent l'altération de l'utérus? L'irrégularité et la cessation des règles, à l'époque dite critique, supposent-elles une altération organique? A qui l'auteur en veut-il? Est-ce qu'il ne suffit pas d'une irritation développée dans un grand viscère pour suspendre le flux menstruel? Où est la physiologie de cet auteur?

Nous voici arrivés aux *symptômes cérébraux*. M. Louis a très bien observé qu'ils sont l'effet d'une inflammation des méninges ou de la pulpe de cet organe. C'en est assez pour nous. Mais il n'en tire pas de conséquence. Nous avons rencontré aussi toutes celles dont il a parlé, et plusieurs autres dont il n'a rien dit, comme celles des organes urinaires, celles du tissu cellulaire, celles de la peau, etc., etc.

(1) M. Louis est de bonne foi dans ce qu'il dit de l'insignifiance de la langue; car j'ai eu sous les yeux une gastro-entérite qu'il a méconnue, malgré la rougeur extrême de cet organe, assurant qu'il n'y avait qu'une maladie générale. Des sangsues appliquées à l'épigastre ont répondu victorieusement à l'essentialiste.

Car lorsque l'inflammation règne long-temps dans un viscère, il n'en est point où elle ne puisse se propager. Mais lorsqu'on n'en tire pas cette conclusion, dans le but d'éclairer la conduite du praticien, tous les faits sont en pure perte et ne servent qu'à grossir inutilement un volume. M. Louis, s'il en possédait de semblables, a donc bien fait de les supprimer, autrement il n'y aurait pas de raison pour que, à l'occasion d'une maladie, on ne donnât des exemples de la plupart des autres.

A cette question se rattache celle que l'auteur traite immédiatement après : *Les variétés de la phthisie, relativement à sa marche*. En effet, il débute par les *phthisies latentes*. Or, que sont-elles d'après lui, ces phthisies latentes? Une personne qui eut de la fièvre et de l'anorexie pendant un an, sans éprouver de symptômes pectoraux, succomba ensuite dans l'espace de deux ans, avec les symptômes de la phthisie pulmonaire. De l'état sain de l'estomac, prouvé par l'autopsie, l'auteur conclut que ce viscère ne fut point malade dans le début, comme si le principal point d'irritation n'avait pu changer de place; comme si une année de souffrance de l'estomac avait dû nécessairement entraîner l'altération de la muqueuse; comme si les révulsions ne pouvaient jamais détruire toutes les traces d'une irritation un peu ancienne; comme si, par conséquent, on devait désespérer de toutes les personnes qui ont souffert pendant ce temps une altération des fonctions de l'estomac. Pour moi, j'avoue que, dût-on m'accuser de personnalités, je ne saurais passer sous silence de pareilles erreurs; car, enfin, M. Louis est un observateur riche en faits et fort bon à consulter; de sorte que ses fautes peuvent devenir préjudiciables pour les élèves qui sont hors d'état de le critiquer, comme pour ceux, qui, s'épargnant l'ennui des détails, se contenteront de fonder leurs croyances sur ses conclusions. Vient ensuite un autre fait, à peu près semblable à ce premier. L'auteur insiste sur l'antériorité des tubercules à la toux; mais, quand cela serait, était-ce une raison pour la nommer *phthisie latente?* Dans ce cas et dans le précédent, les malades avaient une fièvre assez forte, redoublant régulièrement tous les soirs, conjointement avec l'anorexie. Mais elles ne furent point observées dans cet état par des médecins; du moins aucune déclaration ne l'a prouvé: peut-être que si M. Louis les eût explorées, il eût trouvé dans l'état de la respiration pendant les redoublemens, et dans les résultats de la percussion et de l'auscultation du thorax, des signes certains d'une affection pulmonaire. C'est un cas qui s'est plusieurs fois offert à nous.

M. Louis fait aussi cette remarque; mais il n'en résulte pas, comme il l'avance, que les tubercules ont précédé toute affection du parenchyme. Je veux bien qu'ils aient été formés avant la toux; mais pourquoi n'auraient-ils pas été l'effet de cette irritation nervoso-cardiaque qui causait la fièvre? pourquoi leur faire faire irruption dans le poumon, indépendamment de toute irritation du système capillaire sanguin?

En résumé, les deux phthisies dont il s'agit n'ont pas été latentes parce que le poumon a pu être présumé malade avant la toux; mais elles ont été méconnues pour n'avoir pas été observées d'assez bonne heure. Elles peuvent servir à prouver que le poumon peut être profondément affecté dans son parenchyme sans qu'il y ait ni toux, ni douleur de poitrine; mais elles ne démontrent pas que la sécrétion tuberculeuse soit antérieure à toute irritation des poumons.

Enfin il n'est point suffisamment prouvé par le récit de notre auteur, que l'irritation gastrique n'ait pas réellement existé dans le début, et qu'elle n'ait pas cessé lors du développement de celle des capillaires du poumon.

L'observation trentième, page 386, est peut-être la plus importante de tout l'ouvrage. Il s'agit d'une femme de trente ans, qui mourut à la Charité, après neuf mois de séjour, et qui était sujette à la dyspnée, à la *courte haleine* depuis l'enfance. Toutefois elle n'avait que rarement toussé dans le début; mais il y avait sept ans quelle avait toussé et expectoré tous les matins pendant dix-huit mois. Elle avait eu de l'inappétence, des picotemens dans l'hypocondre droit, et avait été traitée par le calomel, comme affectée d'une *obstruction du foie*. Les brouillards, les odeurs fortes lui causaient depuis lors de la dyspnée, de la toux, pour quelques instans. Les digestions étaient lentes, et la peau était devenue un peu jaunâtre. Elle avait été sujette aux maux de gorge et aux palpitations du cœur. Il y avait eu parfois une soif considérable, et elle n'avait point éprouvé d'hémoptysie.

Tels sont les antécédens; ils démontrent, à coup sûr, une irritation permanente des poumons, du cœur, et pour le moins du duodénum. Jusque là rien n'est latent; il y en a bien assez pour porter à l'exploration attentive de la poitrine.

Arrivée à l'hôpital, elle se plaignit particulièrement de la faiblesse et d'un sentiment de fatigue dans les membres, le dos, et les côtés de la poitrine. Il y avait long-temps qu'elle mangeait fort peu. Nulle oppression dans le repos, essoufflement dès que la malade prend un peu d'exercice, mais ni toux, ni crachats. Ce signe, qui correspond aux affections du cœur, ne provoque aucune réflexion. On trouva la poitrine sonore dans toute son étendue, et rien de remarquable dans le bruit respiratoire...; raison de plus pour bien observer la circulation; mais il n'en est point fait mention. On note seulement que le bruit respiratoire était un peu plus fort sous l'omoplate du côté gauche... On pouvait donc soupçonner là un point spécial d'irritation coïncidant avec celui du cœur, si on avait su découvrir ce dernier. Le pouls était un peu accéléré...; on aurait pu constater qu'il le devenait davantage par l'exercice musculaire... La chaleur était douce... il n'y avait donc pas de phlegmasie intense dans les viscères; mais il pouvait en exister de légères, plus ou moins circonscrites... La langue était parfaitement nette, humide et d'un rose tendre... Même observation à faire... L'appétit déprimé, la soif nulle... la digestion facile, surtout celle des matières animales... Il n'y avait donc pas de gastrite, ni de duodénite; ou s'il y en avait eu, ce qui est très présumable, le régime en avait triomphé; il devait même s'être établi un état de sous-excitabilité dans la muqueuse digestive, ce qui arrive heureusement à bien des personnes qu'on a guéries de ces maladies, même après plusieurs années d'une sur-excitabilité désolante de cette membrane... On sentait une rénitence aplatie à la région de l'épigastre..., l'autopsie l'a expliquée; c'était le foie; il avait pu rester gonflé après la guérison de la duodénite... Les hypocondres étaient souples... : tant mieux, cela coïncidait avec la guérison de la duodénite... La malade ne se plaignait que de faiblesse et d'un peu de douleur à la nuque...; rien d'étonnant chez une personne où l'hématose se faisait mal; cette douleur était sympathique de quelque chose ou bien rhumatismale : c'était à observer. On prescrit : tisane de saponaire miellée; extrait de genièvre;

3 j. *bis*, quart de portion. — A quoi bon cette saponaire? pour dégoûter et tourmenter l'estomac. Pourquoi l'extrait de genièvre, excitant diffusible qui n'est bon qu'à accélérer la circulation dans un cas où le cœur est déjà trop mobile? Pourquoi soumettre les poumons à toutes ces causes d'excitation?

Cette femme reste neuf mois à l'hôpital, et pas un mot de tout ce qu'on lui fait avaler pendant tout ce temps. Ces gens ne font aucun cas des modificateurs. Il nous importerait pourtant de les connaître, puisque nous avons trouvé de l'inconvenance dans la prescription du premier jour.

Long-temps l'état paraît peu changé, et toujours il y avait une légère accélération du pouls dans la soirée; puis, dans le dernier mois, des frissons et des sueurs nocturnes à la poitrine et au cou... Rien sur l'état des poumons et du cœur. Mais qu'a-t-on fait pendant tout ce temps? a-t-on continué à exciter la circulation?... devinez...

Enfin l'appétit se perd, il survient de la dysphagie avec une douleur suivant le trajet de l'œsophage, et la langue, qui fait sentir de l'ardeur et des picotemens, se couvre d'une couenne muqueuse, et le foie de se tuméfier de plus en plus, et la soif d'augmenter dans la soirée. On voit, vers la fin, la face se couvrir de petites plaques blanches élevées, qui vont et viennent; ensuite on la voit rougir. Des exsudations ont lieu sur le palais et à l'intérieur des joues... Tout cela est parfaitement en rapport avec une douleur suivant la longueur du cou, de même que la soif et les redoublemens nocturnes de fièvre. Qu'a-t-on fait pour calmer cette irritation, qui devient prédominante, qui détruit l'appétit et s'oppose à l'hématose déjà trop faible par la dégénération présumée du foie? A-t-on encore donné de l'extrait de genièvre, de la saponaire, substance âcre et amère? cette médication a-t-elle duré long-temps? a-t-on donné l'opium contre les inflammations, comme il est d'usage dans cette école?... autant de lettres closes.

Les coliques et la diarrhée, qui surviennent aux approches du dénouement, sont-elles l'effet d'une alimentation inappropriée, ou paraissent-elles malgré l'usage d'alimens adaptés à la susceptibilité du canal digestif, qui ne recevait depuis long-temps qu'une bile mal élaborée?

Les taches, multipliées et épaisses, forment une espèce de masque sur la figure; les jambes s'infiltrent et la faiblesse va croissant : quelles conclusions a-t-on tirées de tout cela?... Enfin, la malade meurt sans que l'on ait songé à suivre les progrès de cette difficulté qu'on avait observée au commencement, dans la respiration du poumon gauche, et sans que l'on ait exploré le cœur.

Le marasme est complet et le bas des jambes est infiltré; la tête n'offre rien de remarquable; mais on trouve une œsophagite marquée par une fausse membrane pultacée, quoique la muqueuse soit pâle... Elle devait l'être chez une personne qui, depuis fort long-temps, faisait fort peu de sang. Mais cette œsophagite, qui explique la soif, les aphthes et les taches du visage, n'est pas appréciée sous ces rapports par le narrateur.

L'estomac était petit et sans trace de phlegmasie. Cela devait être, puisque la malade mangeait si peu... L'intestin grêle était sain, nous dit-on; mais il fallait donner la description du duodénum. J'ai la conviction, moi, qu'il avait été malade; il devait en offrir quelques traces... La muqueuse du colon était grisâtre et ramollie... : cela répond aux coliques et à la diarrhée des derniers temps... Le foie était jaune et gras, et la bile de la vésicule roussâtre et épaisse... Depuis long-temps le foie ne faisait plus de bonne bile; c'était la principale cause de la langueur de l'hématose, et le fluide, qu'on a trouvé dans la vésicule, n'était plus de la bile vraie; j'en suis convaincu : il fallait le faire analyser. Mais qu'avait-on fait, dans le commencement du séjour à l'hôpital, pour ramener la bile à des conditions normales? la malade assimilait encore la viande; l'a-t-on nourrie avec cet aliment, en observant dans les selles les changemens que la sécrétion bilieuse aurait pu subir? il n'a pas été dit un seul mot de la couleur des selles. Est-ce ainsi que l'on doit observer? Les reins étaient pâles et peu volumineux... je le crois bien; le défaut d'hématose avait tout atrophié.

Voilà pour l'appareil de l'assimilation. On voit que les lésions sont d'accord avec les symptômes : que trouve-t-on là de latent? Voyons les viscères du thorax.

Le poumon gauche était libre : le droit offrait de faibles adhérences à son sommet... Ces deux faits correspondent à la faiblesse de l'inflammation, qui correspond à son tour à celle de l'hématose...

Excavation tuberculeuse considérable dans le lobe droit, tapissée par une fausse membrane mince, appliquée, dans presque toute sa surface, sur le tissu pulmonaire sain, et beaucoup d'excavations communiquant avec celle-ci, et environnées d'un tissu légèrement infiltré ou induré... Voilà une altération, dit l'auteur, qui n'avait point été reconnue avant la mort. Mais comment l'aurait-elle été puisqu'on n'a point exploré? était-elle indiagnosticable? non certes, elle ne l'était pas; elle n'a été latente que parce qu'on n'a pas cherché à la reconnaître, car une excavation considérable peut toujours être constatée par la percussion et l'auscultation... Il y avait peu d'engorgement sanguin dans les deux poumons; les bronches qui se rendaient aux excavations n'offraient de la rougeur que dans leurs environs, et tout le sang formant ces congestions était d'un rouge pâle... Tout cela est parfaitement d'accord avec l'état des autres viscères; les inflammations conservent peu de sang, parce que la malade en faisait très peu. On en trouve la raison dans la dégénération du foie et l'état de la fonction digestive. Ainsi jusqu'à ce moment tout est d'accord avec les symptômes relatés, excepté les cavernes dont on n'avait point fait la recherche... Six onces de sérosité dans la plèvre gauche..., parce que le poumon de ce côté avait été plus congesté que l'opposé...

Mais voyons la circulation... : le cœur était d'un médiocre volume : la membrane interne du ventricule gauche et de l'aorte, d'un rouge vif; cette couleur pénétrant assez profondément dans la tunique moyenne de l'artère, qui n'offrait aucun changement d'épaisseur et de densité...

Le cœur et la grosse artère d'un rouge vif, entendez-vous, lecteur? Voyez-vous ce rouge vif former contraste avec la pâleur des autres congestions sanguines?

Rappelez-vous maintenant que la malade a été essoufflée et palpitante *pendant toute sa vie*, et que son pouls s'accélérait au moindre mouvement. Eh bien! nous soupçonnons que le principal point d'irritation inflammatoire a résidé dans le cœur et dans le système artériel. Il faut bien en effet que ce soit de l'inflammation, puisqu'il n'existait pas d'hypertrophie, et que l'essoufflement et les palpitations doivent absolument être expliquées. Demandez-vous maintenant pourquoi, 1°, pendant la vie on n'a point exploré la circulation; 2°, après la mort on n'a pas disséqué tout le système vasculaire avec le plus grand soin? vous trouverez que c'est parce

que, 1°, *avant la mort*, on ne voyait que débilité et obstruction du foie, et parce que, 2°, *après l'autopsie*, on était préoccupé de la seule idée de phthisie. Les cavernes pulmonaires une fois découvertes, on s'est dit, *teneo lupum auribus.* Quel bonheur d'avoir trouvé un exemple si curieux de *phthisie latente!* Dès ce moment tous les phénomènes de la vie, comme tous les désordres cadavériques, ont été subordonnés à cette entité. Expliquez-vous la malice de cet être masqué qui va, détériorant le poumon, sans en prévenir le médecin, tandis qu'il fait du tapage dans l'abdomen?... Un instant, dira quelque physiologiste, il en avait fait assez dans la cavité pectorale si on avait voulu l'écouter. Mais voyons ce qu'en pense M. le docteur Louis. Il fait remonter la caverne aux dix-huit mois de catarrhe avec expectoration qui avaient existé sept ans avant l'arrivée de la malade; puis, oubliant qu'elle lui a déclaré que long-temps avant cette époque elle avait eu l'haleine courte, il attribue à ce catarrhe tous les symptômes qui ont existé depuis, et toutes les altérations qui les ont suivis. Le foie gras n'est pour lui qu'une conséquence de la caverne, et la soif n'est point rapportée à l'œsophagite. Ainsi, quoique fort peu malade, le poumon gauche aurait détérioré les organes digestifs, le foie, le cœur et l'aorte, beaucoup plus qu'il ne l'a fait chez de nombreux sujets observés par le même auteur, où le poumon était beaucoup plus affecté que chez la femme en question. Notez encore que cette explication ne s'applique nullement à la courte haleine, antérieure au catarrhe de dix-huit mois chez un sujet qui n'avait ni hypertrophie, ni ampliation du cœur. Notez encore que c'est hypothétiquement, et sur la simple autorité de Laennec, que notre auteur attribue la caverne à des tubercules fondus. L'analogie ne l'y a point conduit, puisqu'il n'existait nulle part de tubercules dans le cadavre. Les cavernes pouvaient être le résultat d'abcès purement inflammatoires. Le maître s'est vu forcé lui-même de les admettre. On n'a pas bonne grâce à se montrer difficile sur les preuves, lorsqu'on donne si facilement dans les hypothèses. Ainsi la phthisie latente n'est ici qu'une véritable chimère.

Quant à moi, qui n'ai ni observé, ni interrogé la malade, je me trouve conduit par la lecture de son histoire, à penser qu'il a existé chez elle trois points principaux d'irritation, 1°, celle du cœur et du système artériel, qui me paraît avoir eu l'antériorité, vu l'ancienneté de la courte haleine; 2°, celle du poumon, qui pourrait bien en avoir été la conséquence. Je m'expliquerai d'une manière générale sur cette question; 3°, celle des voies digestives à laquelle le foie a participé. Quant à cette troisième, je ne saurais affirmer si elle est antérieure ou postérieure à la seconde, et si l'irritation que je soupçonne avoir existé dans les capillaires sanguins, concurremment avec celle du centre circulatoire, n'a pas été la cause de la dégénération du foie, comme je la crois celle de la dégénération tuberculeuse des poumons dans la majeure partie des cas.

Au surplus, il me semble que la muqueuse des voies digestives a été à peu près guérie; je dis à peu près, parce que je n'ai pas la certitude que le duodénum fût sain; je présume plutôt qu'il était malade, et que les observateurs ne s'en sont pas aperçus: toujours est-il que cet intestin, et tout le canal, faisaient encore passablement leurs fonctions lorsque la malade vint à l'hôpital, tandis que le foie faisait fort mal la sienne.

Je parts de là pour présumer que si le tube digestif et le cœur eussent été ménagés, la guérison du foie aurait pu suivre celle de la membrane muqueuse gastro-intestinale; et comme il n'y avait ni induration étendue, ni tubercules dans les poumons, les cavernes auraient pu, comme l'a fait entrevoir l'auteur, se cicatriser. Et pourquoi donc alors la phlegmasie cardio-aortique n'aurait-elle pas pu se résoudre? Mais on a stimulé; et l'œsophage, et la bouche, et le colon, se sont phlogosés, ce qui a presque tari la source de l'hématose. Au lieu de diminuer l'action du cœur on l'a exagérée; et la cardite et l'artérite ont fait des progrès, et ont amené la disposition à l'infiltration.

Je me crois en droit d'avancer tout cela d'après le traitement des premiers jours, et le silence sur celui des temps postérieurs, et la doctrine de l'école qui me fournit l'observation. L'auteur n'avait qu'un moyen de prévenir cette interprétation, c'était de rendre compte de la manière dont sa malade avait été médicamentée et nourrie. Mais ni lui ni les siens ne font cas des modificateurs de l'économie. Ils font marcher les maladies et les altérations des organes d'une manière indépendante de toute influence extérieure; ils en font des espèces d'êtres malfaisans, cruels, impitoyables, soumis à une espèce de fatalité désespérante, et le médecin n'est plus que le spectateur et l'historien des maux qu'ils font, loin d'être le protecteur et le défenseur de leurs victimes. Et ces hommes trouvent singulier que je dise qu'ils sont dans le faux, qu'ils corrompent le goût du siècle, et qu'ils empêchent les progrès de la science; et ils s'étonnent que je les compare aux psycologistes et aux théologiens, qui poursuivent des êtres ou entités imaginaires, et que, fondé sur l'analogie, je les appelle *ontologistes.* C'est cependant le titre le plus doux dont je puisse les qualifier. Qu'ils changent de méthode, et je changerai de langage.

Que M. Louis se garde bien de croire que je m'adresse à sa personne. Que m'importent les noms, ils ne sont rien pour moi, il ne s'agit que des doctrines. J'estime M. Louis comme un observateur laborieux, infatigable, et je crois lui rendre service en faisant tous mes efforts pour que notre jeunesse puisse profiter sans danger de ses grands travaux.

Mon dessein n'est nullement de continuer sur le même pied l'analyse des travaux de cet écrivain; mais j'ai voulu donner, par l'analyse de cette observation, un modèle du genre de discussion que je voudrais voir s'établir dans notre école, et qui aurait pour objet l'examen physiologique des phénomènes morbides et l'action des modificateurs de l'économie.

Au surplus, il me semble que la majeure partie des faits, rapportés par notre auteur, pourrait être l'objet d'une critique aussi sévère et aussi juste que celle de sa trentième observation.

La trente-unième est celle d'une gastro-entérite qui s'est compliquée, sur la fin, de tubercules pulmonaires.

La pectoriloquie fut constatée avant la mort, parce que la toux et la dyspnée furent assez fortes pour diriger l'attention vers le thorax. L'affection pulmonaire ne fut donc pas latente; elle reçoit ce titre néanmoins pour deux raisons que voici: la première, c'est qu'on la suppose antérieure aux autres altérations qu'elle aurait ainsi produites, et toutefois celle de l'abdomen était plus considérable que celle du thorax; la seconde, c'est que pendant fort long-temps il n'y avait point eu de fièvre, double malice sans doute de l'être latent qui aurait long-temps travaillé le poumon sans exciter la fièvre, et qui aurait pris, pour se masquer, les apparences d'une affection des voies gastriques. Il eût

été beaucoup plus simple de convenir que l'irritation gastrique existait lorsque la malade en éprouvait les symptômes, et d'ajouter que le peu d'inflammation qu'il y avait dans les poumons, explique pourquoi la fièvre n'a pas existé : le mysticisme médical aurait ainsi disparu, et les observateurs eussent été mis sur la bonne voie.

En effet cette observation est une de celles où l'irritation, qui déterminait la sécrétion des tubercules dans les poumons, n'a point ou n'a que peu porté sur les capillaires sanguins du parenchyme. On trouva dans celui-ci des tubercules enkystés qui s'en séparaient aisément, et, dans les intervalles, beaucoup de granulations grises, jaunâtres à leur centre. Elle est donc intéressante, quoiqu'elle en exige d'autres pour sa confirmation.

Mais, si cette phthisie a été sans pneumonie, elle n'a pas été sans catarrhe. La malade, jeune fille de vingt-un ans, y avait toujours été sujette, quoiqu'elle n'eût eu de l'oppression et de la fièvre que sur la fin; et les bronches étaient fort rouges. L'irritation a donc pu pénétrer par cette voie dans les aréoles où se forment les tubercules, mais de plus l'aorte était de *couleur amaranthe*. Pourquoi donc n'a-t-on pas disséqué le système sanguin? il y a long-temps que nous avons annoncé le soupçon que l'irritation qui fournit les tubercules pourrait tenir à une phlegmasie chronique des vaisseaux. Au lieu de perdre du temps à la création des phthisies latentes, on ferait bien de vérifier si dans les cas de productions tuberculeuses, où l'inflammation n'est pas dans le parenchyme, elle ne siégerait pas dans les artères et dans les nerfs qui les embrassent; cela nous expliquerait au moins l'irritation vasculo-nerveuse qui précède pendant long-temps, chez plusieurs phthisiques, le râle, la crépitation et la matité; mais on aime mieux soumettre les organes à des maladies personnifiées, que d'étudier les organes avec le flambeau physiologique.

La trente-deuxième et dernière observation a beaucoup d'analogie avec la précédente, si ce n'est qu'on déclare avoir trouvé l'aorte dans l'état naturel; mais, en somme, on y observe, comme dans toutes les autres, que si le poumon a moins causé de troubles que les voies gastriques, c'est qu'il y avait en lui beaucoup moins d'inflammation que dans ces dernières.

Pour ce qui est des tubercules, il y en avait dans les deux cavités; la matrice même, selon l'auteur, n'en aurait pas été exempte, ainsi que le péritoine. Mais il y avait aussi beaucoup d'inflammation dans le canal digestif; et rien ne prouve que l'irritation, si elle n'est pas partie du cœur et de l'aorte, n'ait pas passé des capillaires de l'appareil sanguin mésentérique dans les tissus lymphatiques et aréolaires, en un mot, dans les tissus blancs où se sécrète la matière tuberculeuse. Le poumon avait aussi souffert son irritation vasculaire, puisque dix-neuf mois auparavant la malade avait éprouvé une hémoptysie et plusieurs rhumes. Mais enfin l'irritation nervoso-inflammatoire avait été plus forte dans la cavité abdominale que dans la thoracique.

Voilà le fait dans toute sa simplicité, et ce n'est que par un tour de force d'ontologie qu'on essaie d'en faire une phthisie latente et maligne, qui aurait tenu tous les phénomènes morbides sous sa dépendance, et aurait, par son occulte malignité, désorganisé tous les autres tissus à sa manière.

C'est pourtant ce que veut faire M. Louis, lorsqu'il dit que dans ces phthisies plusieurs viscères semblent malades, quoiqu'*ils soient parfaitement sains; tandis que le seul viscère malade semble être le seul intact* (p. 409). Qui ne lira que ces conclusions sera trompé, puisque les observations de l'auteur lui-même déposent le contraire...

Pourquoi ne pas voir ce qui est, et supposer ce qui n'est pas? Mais il faudra bien qu'on en vienne à tenir note des troubles qui frappent les sens, et à ne rien supposer, c'est-à-dire à renoncer au jargon de nos métaphysiciens médicaux.

C'est par la *phthisie aiguë* que notre auteur termine l'histoire de ses phthisies pulmonaires : il en cite cinq exemples. On y voit un état fébrile intense, avec respiration très accélérée; des crachats qui varient, étant tantôt sanguinolens, et tantôt simplement muqueux et aérés, mais non purulens. Il y a toujours des symptômes de gastrite et d'entéro-colites; mais ces dernières cèdent quelquefois vers la fin, tandis que les autres persévèrent, et les malades ont presque toujours beaucoup de soif. Ils périssent dans l'espace de trente-cinq à cinquante jours, et chez quatre de ces sujets on ne trouve des tubercules, qui ne sont nombreux, le plus souvent, que dans un seul poumon, qui a contracté à son sommet des adhérences. Ces tubercules sont de formes variées, tantôt secs et rosés, plus ou moins volumineux, quelquefois ramollis et en deliquium, tantôt sous forme granuleuse et plus ou moins consistans ou semi-cartilagineux; tantôt ce sont des masses de matière tuberculeuse infiltrée; mais chez le cinquième et dernier sujet, on ne trouve aucune trace de tubercule, ni de matière tuberculeuse, seulement sur la plèvre gauche, une fausse membrane dont les lames sont écartées et contiennent plus d'une pinte de pus. Le parenchyme n'offre non plus que des traces de phlegmasie, consistant en de petits foyers remplis de pus, du volume d'une aveline, et pas une granulation tuberculeuse (p. 441). Cependant, telle est la prévention de l'auteur, que, dans ses réflexions, il doute si ces abcès ne sont pas le résultat de la fonte de tubercules. Mais il est fort évident qu'il n'y avait là que de l'inflammation ordinaire et simple pleuro-péripneumonie. Ce qui vient de plus en plus confirmer notre assertion, que rien ne peut donner la certitude de l'état tuberculeux des poumons avant l'autopsie. Au surplus, tous ces malades offrent des traces de gastrite et d'entérite, et l'un d'eux a le foie jaune, dit gras.

Mais parlons du développement de ces maladies.

Chez le premier sujet, une fille de dix-huit ans, réglée à quinze, les règles étaient supprimées depuis trois mois, lorsqu'elle se présenta se disant malade depuis quinze jours, et assurant que pendant les dix premiers jours elle n'avait éprouvé que des symptômes d'irritation gastrique. Ce n'était que depuis cinq que la toux et les crachats avaient annoncé la souffrance de la poitrine. Immédiatement après la maladie se met à marcher avec précipitation, les deux points d'irritation toujours persistans, et la malade succombe le trente-cinquième jour.

M. Louis ne fait pas remonter la maladie au-delà de ce terme, au début duquel il trouve qu'il y a eu passage subit de l'état de santé à celui de maladie.

Je ne saurais être de cet avis : trois mois de suppression du flux menstruel doivent causer une irritation des principaux viscères; ils la font présumer dans l'appareil sanguin des organes; mais l'autopsie est incomplète. Il n'y est question ni du cœur, ni des gros vaisseaux : on n'y voit, à part les lésions pulmonaires, que les traces d'une gastrite dans le bas-fond de l'estomac. Recourons donc aux autres faits.

La seconde observation est celle d'un maître de

piano, âgé de quarante-six ans, qui succombe, dans l'espace de vingt-huit jours, aux progrès d'une péripneumonie dont l'auteur n'ose fixer l'époque; mais il y avait dans l'hépatisation des granulations du volume d'un grain de chenevis, qui devaient, suivant l'auteur, s'être formées peu de temps avant l'état aigu, puisque le malade déclarait qu'avant les vingt-huit jours indiqués il se portait parfaitement bien.

Toutefois, si nous considérons que ce sujet offrait dans l'estomac l'état mamelonné uni à une couleur grisâtre, altération que jusque là M. Louis dit avoir toujours regardée comme les traces d'une gastrite chronique (p. 423); si l'on ajoute qu'il avait le cœur *un peu mou, et quelques plaques jaunâtres dans l'aorte*, on ne croira pas, pour peu qu'on soit physiologiste, que la santé de ce sujet eût été si parfaite avant l'époque des vingt-huit jours. Assurément il était porteur d'une gastrite chronique, avec irritation cardio-artérielle, et les vingt-huit jours ne peuvent être que l'agonie d'une maladie déjà fort ancienne. Quant aux granulations, elles étaient un effet de l'inflammation pulmonaire prolongée: plus tard nous verrons ce qu'en pense M. Gendrin.

Il arrive très souvent que des personnes du peuple, peu attentives à leur santé, et qui ne sont point hypocondriaques, oublient les incommodités qu'elles ont éprouvées aussitôt qu'il se déclare chez elles une grave maladie. C'est un fait que nous avons trop souvent vérifié en recherchant les précédens des affections fébriles aiguës. Mais lorsque nous avions des doutes, nous insistions, et les malades faisaient l'aveu de leurs anciennes indispositions en ajoutant: *Mais tout cela n'était rien*. Nous ne doutons pas que M. Louis n'ait été dupe d'une pareille dissimulation, de la part d'un sujet qui n'était préoccupé que de ses souffrances actuelles. D'ailleurs, il est certain que cet auteur n'a jamais compris qu'on puisse digérer et être en apparence très robuste avec une gastrite chronique; car il n'y a que les médecins physiologistes qui soient bien pénétrés de cette vérité.

Quant aux entérites chroniques, il en existe beaucoup qui ne sont même pas soupçonnées par la très grande majorité des médecins, et qui n'en préparent pas moins la démolition des constitutions les plus robustes; nous avons traité ce sujet dans les *Annales de la médecine physiologique*, et nous pourrions y renvoyer M. Louis.

La troisième observation de *phthisie aiguë* a pour sujet un jeune tailleur de dix-huit ans. L'affection pulmonaire devint mortelle en cinquante jours; les phénomènes et les altérations organiques de la gastro-entérite aiguë sont très prononcés, et même prédominans sur ceux du poumon; le parenchyme de cet organe était inondé de matière tuberculeuse, et l'inflammation proprement dite n'y avait été violente que pendant les derniers jours.

Voilà sans doute une marche précipitée, et l'auteur s'en autorise pour avancer que la matière tuberculeuse *a envahi presqu'au même instant tout le poumon gauche, disposition fort rare et qu'on peut considérer comme propre à la phthisie aiguë* (p. 431).

Toutefois, si l'on fait attention avec nous, que le malade était enrhumé tous les hivers, pour très peu de temps, que les glandes cervicales étaient rouges, volumineuses, fermes, et quelques unes d'entre elles déjà parsemées de tubercules miliaires, en même temps que la face laryngée de l'épiglote était ulcérée, et que la membrane muqueuse de la trachée était enflammée, on doutera de la rapide et spontanée explosion des tubercules pulmonaires. Le jeune homme avait beaucoup et long-temps souffert de l'inflammation de la muqueuse laringo-trachéo-bronchique; la sécrétion tuberculeuse avait donc pu être préparée par les phlegmasies répétées de cette membrane. On nous dit qu'il n'était enrhumé que depuis fort peu de temps; mais nous ne doutons point qu'il ne donnât le nom de rhume qu'au début de son affection catarrhale aiguë. Il ne tenait sans doute aucun compte de l'irritation chronique consécutive, qui fournissait depuis un temps, plus ou moins, des crachats muqueux.

Au surplus, il faut convenir que sa constitution était mauvaise et disposée aux subinflammations ganglionnaires, puisqu'il avait suffi d'une laryngo-trachéite de quelques jours pour gonfler les glandes cervicales et les amener à la sécrétion tuberculeuse; fait qui tend à prouver que cette sécrétion est un produit d'une irritation transmise par les capillaires sanguins aux tissus blancs.

Cette transmission est plus ou moins facile ou difficile; voilà toute la différence: ici elle fut très facile, et cependant le malade avait plusieurs fois souffert des attaques de l'irritation, qui en est la cause nécessaire. Cette irritation avait dû être plus difficile chez le maître de piano, dont la poitrine était large et la constitution robuste; et peut-être que si son système artériel eût été sain, il aurait pu échapper à la sécrétion tuberculeuse. Quant à la fille, dont les règles avaient été supprimées pendant trois mois, nul doute que l'appareil sanguin n'eût contracté une irritation qui, déjà chronique, ne devait point être étrangère à la formation des tubercules. Allons plus loin.

La quatrième observation de phthisie aiguë est celle d'une blanchisseuse, dont les règles manquaient depuis onze mois. Elle se portait bien pendant ce temps, selon M. Louis, qui regarde comme rien et comme n'annonçant aucune maladie, *quelques malaises* qui revenaient de loin en loin, et une *légère diminution des forces* (p. 431). Qu'avait-elle donc pendant ces onze mois (qu'il lui plaît de réduire à dix, quatre pages plus loin)? Nous le lui demanderions en vain. Les anatomo-pathologistes purs ne voient que les gros symptômes, ne connaissent point les sympathies, ne raisonnent que dans l'intérêt de la lésion organique qu'ils ont mise en tête de leur chapitre. Méprisant ce malaise et cette diminution des forces, signes positifs de quelque irritation viscérale qui s'opposait aux fonctions de l'utérus, l'auteur prononce hardiment que le développement des tubercules pulmonaires ne saurait remonter au-delà de quarante-huit jours, qui fut l'époque de l'explosion d'un état aigu, composé de symptômes gastro-intestinaux, et surtout pectoraux, car il y avait de l'oppression et des douleurs vives, rapportées aux parois du thorax du côté gauche.

Le traitement antiphlogistique modère la réaction fébrile; mais elle se ranime au bout de quelques jours. On saigne, et l'on obtient une nouvelle rémission telle, que l'appétit reparaît. On accorda des alimens; on alla jusqu'au quart de la portion, et il survient une nouvelle exaspération, avec de nouveaux symptômes gastriques et retour de la diarrhée. Il y eut ensuite des frissons, une sorte de marche rémittente de l'état fébrile, des signes de congestion pulmonaire, et la malade succomba sans se plaindre de rien, et comme toute absorbée par le sentiment d'oppression.

Les tubercules n'existaient guère que dans le sommet du poumon gauche, qui semblait tout converti en une masse de matière tuberculeuse, presque

uniformément ramollie, avec trois excavations presque entièrement vidées et sans fausse membrane, ce qui prouve qu'elles étaient récentes, comme le dit fort bien l'auteur, mais ne donne aucun indice sur l'époque où la sécrétion de la matière a commencé à se faire. Le reste du lobe n'offrait que peu de tubercules dans un parenchyme gorgé de sang (congestion des derniers jours), et le poumon droit était parfaitement libre, sans tubercule et seulement engoué à sa base.

Si M. Louis eût percuté et ausculté cette femme pendant les cinq mois de sa suppression menstruelle, et qu'il eût constaté l'absence de tout signe d'affection du lobe gauche, il aurait quelque raison de supposer que toute cette masse de matière tuberculeuse eût été sécrétée en quarante-huit jours. Cette assertion est donc une pure supposition de sa part; toutes les probabilités sont en faveur de la proposition contraire, surtout quand il s'agit d'une blanchisseuse habituée à se plonger les bras dans l'eau froide, et à souffrir du froid des pieds. Le point d'irritation qui retenait les règles pouvait donc bien exister au sommet de ce lobe, pendant les onze mois mentionnés, et donner l'explication de la faiblesse et des malaises de la personne, qui devait avoir aussi un degré quelconque de fièvre; car c'est la fièvre surtout qui ôte les forces.

Elle n'avait, dira-t-il, ni oppression, ni toux... C'est parce que l'espace malade était peu considérable, et que les bronches n'y participaient pas dans le principe.

Envisagé ainsi, ce fait pourrait prouver que la matière tuberculeuse peut être sécrétée dans un poumon sans qu'il existe de toux. Mais il ne prouve pas que l'irritation vasculaire sanguine n'ait pas préparé cette sécrétion. Il est d'observation que le sang qui surabonde dans les vaisseaux des femmes dont les règles sont supprimées, va souvent développer une phlogose dans le tissu des organes. Or, cette phlogose est possible dans tous, et dans les parois mêmes des vaisseaux, comme le prouve la fréquence des maladies du cœur et des artères à la suite de ces suppressions; on les a vues produire les fongus hématodes. Pour mon compte, j'ai observé la sur-excitation phlogistique par suite de la rétention du sang menstruel dans tous les tissus, excepté dans celui des os. Si elle se fût fixée sur les ramifications bronchiques, ou même qu'elle eût marché vite dans le parenchyme, l'oppression ou du moins la toux auraient existé. Mais elle agit sur les capillaires sanguins du poumon, et marche fort lentement dans un espace très circonscrit, ayant pour résultat cette sorte de suppuration lente, intra-aréolaire ou lymphatique, que l'on nomme sécrétion tuberculeuse.

Voilà ce que nous voyons de plus probable dans cette phthisie, qui n'est devenue aiguë que lorsque les désordres locaux ont été multipliés, et que l'irritation s'est répétée avec violence dans l'appareil de la digestion : car si l'estomac était sain, il y avait de la phlogose et des ulcérations dans les intestins.

M. Louis s'étonne que la malade ait succombé, ayant encore un poumon capable de respirer, et si peu d'altération dans les voies gastriques. C'est qu'il ne tient nul compte de l'irritation soufferte par les centres nerveux; irritation qui d'ordinaire est la seule cause de la mort dans les maladies aigues. Mais nous allons bientôt revenir sur ce sujet. Puisque la femme était affaissée et sans souffrance accusée, quoiqu'elle donnât des signes d'un grand malaise dans ses derniers jours, il est certain que ces centres étaient en souffrance; il fallait donc les examiner; mais la cavité crânienne ne fut point ouverte.

M. Louis s'étonne de la marche rémittente de l'état fébrile; mais il y avait plusieurs causes possibles de cette rémittence : d'abord le traitement antiphlogistique qui diminuait l'inflammation, et les alimens qui la ranimaient : ensuite l'existence peut-être d'une influence épidémique; enfin il est de fait que les mouvemens fébriles, qui surviennent à la suite des phlegmasies chroniques désorganisatrices des grands viscères, revêtent le plus souvent une forme rémittente : cette forme n'existe-t-elle pas presque toujours dans les phthisies ordinaires? ce serait même un argument de plus en faveur de l'ancienneté des tubercules de cette malade. Heureusement nous n'avons pas besoin de cela.

La cinquième et dernière observation de la prétendue *phthisie aiguë*, par éruption supposée brusque des tubercules pulmonaires, est celle d'une fille de vingt ans, accouchée depuis dix-sept jours, et habituellement bien portante, qui aurait passé par toutes les nuances de la phthisie tuberculeuse dans l'espace d'un mois, n'étant tombée malade que six jours après ses couches.

On ne saurait contester les antécédens; la malade mourut en effet avec tous les symptômes qui correspondent aux congestions inflammatoires du thorax et des viscères de l'abdomen, et avec irritation intense de l'encéphale : aussi la nécroscopie montra-t-elle dans les poumons une pleuro-péripneumonie des plus étendues du côté gauche, avec une pinte de pus dans la fausse membrane interpleurale, et avec des foyers de pus petits et multipliés dans le poumon, qui n'offrait pas le moindre vestige de tubercules; dans l'abdomen avec une gastro-entérite d'un rouge des plus intenses et avec une péritonite du bassin, correspondante à une nuance de métrite fort bien dessinée; dans l'appareil sanguin, avec une aortite et une phlébite très prononcée dans les veines crurales; enfin, dans l'encéphale, avec une infiltration sous-arachnoïdienne, beaucoup plus considérable du côté gauche et qui correspondait par conséquent avec la pleuro-péripneumonie, et démontrait que les capillaires sanguins des deux viscères éprouvaient une irritation inflammatoire simultanée.

Nous le demandons maintenant, qu'a de commun cette *pantite* viscérale et puerpérale sur-aiguë avec la prétendue phthisie aiguë de notre auteur? Il n'osait l'employer, nous dit-il, parce qu'elle laisse plusieurs choses à désirer sous le rapport des détails anatomiques (p. 459). Elle est pourtant aussi complète que la plupart de celles dont il a fait usage. Mais M. Louis est un digne disciple de Laennec : il veut forcer les faits à lui fournir les argumens favorables à sa doctrine, et quand il ne les trouve pas il les suppose dans ses conclusions. C'est sa méthode... Puis fiez-vous aux conclusions de M. Louis.

Il résulte évidemment du chapitre VI[e] de cet auteur, que ses phthisies aiguës sont toutes chroniques; et qu'il a mal à propos supposé une éruption rapide de tubercules dans le poumon, puisque toujours cet organe a supporté une irritation chronique avant l'époque où a dû commencer la phthisie aiguë; et puisque le groupe de symptômes qu'il donne pour caractéristiques de cette affection n'est que le signe d'une inflammation aiguë, entée sur une inflammation chronique, non-seulement dans l'appareil de la respiration, mais encore dans celui de la digestion, quelquefois dans celui de la circulation, et même dans le centre nerveux encéphalique.

Après avoir terminé ce qui concerne les phthisies proprement dites, cet auteur passe *aux symptômes de la perforation du parenchyme pulmonaire, par suite de la fonte d'un tubercule ouvert dans la cavité pleurale.*

Il fait honneur à son maître Laennec, d'avoir signalé cette espèce de perforation dans ces *derniers temps,* et ne dit pas un mot des exemples qui en furent donnés dans l'*Histoire* des *phlegmasies chroniques,* en 1809. Ce silence nous paraît tout simple; il est dans l'esprit de la coterie, et nous nous y attendions; car l'exemple lui en avait été donné par le véridique Laennec.

On lira ce chapitre avec beaucoup d'intérêt, même après avoir étudié Laennec, toujours trop occupé de son instrument auscultateur.

Toutes les observations rapportées, au nombre de sept, sont relatives à des sujets qui éprouvaient depuis plusieurs mois de la toux avec expectoration muqueuse ou pelotonnée (signe positif des tubercules pour M. Louis). Les uns avaient été explorés et reconnus pectoriloques; les autres n'avaient point été observés avant la perforation. Du reste, ils ne différaient pas des phthisiques ordinaires.

Tout-à-coup il leur survenait une douleur des parois thoraciques d'un côté, et le plus souvent dans le dos. Cette douleur était vive, augmentait dans l'inspiration, dans la toux, et par la percussion. Ils éprouvaient beaucoup d'oppression et d'anxiété; ils restaient, pour la plupart, dans leur séant, ou se couchaient sur le côté opposé.

La fréquence du pouls augmentait, devenait souvent extrême, et ils sentaient des douleurs à l'épigastre; plusieurs avaient beaucoup de soif, quelques un des vomissemens; tous, en un mot, une forte gastrite, dont les traces étaient évidentes après la mort par la rougeur, le ramollissement, l'ulcération ou l'usure de la membrane muqueuse de l'estomac. Nous ne dirons rien des intestins; ils étaient affectés comme dans la phthisie ordinaire.

Ces malades ainsi haletans, altérés, anxiés, agités, n'expectoraient pas toujours des crachats abondans et fétides; plusieurs ne crachaient guère plus qu'à l'ordinaire, et ne rendaient qu'une mucosité plus ou moins copieuse avec des pelotons de matière épaisse et opaque, comme les autres phthisiques. Il n'en a point cité qui expectorassent en abondance des fluides séreux, sanguinolens, sanieux et fétides, à pleines cuvettes, et comme par une espèce de vomissement, ainsi que nous l'avons observé; à la suite de quoi le son, auparavant mat, devenait extrêmement clair dans la cavité dont l'épanchement venait de se vider. C'est qu'il n'a vu que des malades chez qui les perforations étaient fort petites par suite de l'ouverture d'un tubercule dans la partie inférieure du parenchyme non adhérente, tandis que nous avons rencontré des exemples de pénétration d'un abcès pulmonaire dans des cavités remplies depuis long-temps par le produit d'une pleurésie chronique. Mais ces faits appartiennent autant à l'histoire de la pleurésie chronique qu'à celle des affections du parenchyme pulmonaire.

La terminaison fatale, à partir des perforations observées par M. Louis, a varié depuis seize heures jusqu'à trente-six jours, et ce temps s'est toujours passé dans la plus grande oppression. Un sujet n'a pas eu de douleur au moment présumé de la perforation, mais beaucoup d'étouffement.

Après ces signes, ceux qu'il a tirés de la percussion et de l'auscultation consistent dans un son clair, semblable à celui d'un tambour, dans une région où le son était plus ou moins obscur ou mat; un bruit respiratoire fort éloigné et quelquefois le râle trachéen à la partie supérieure; un bruit semblable à celui que l'on produit en soufflant dans une bouteille vide (résonnement amphorique de Laennec). Quant au tintement métallique, que ce dernier auteur donne pour signe pathognomonique du pneumo-thorax, M. Louis l'a souvent vu manquer, et il pense que cela peut tenir ou à ce que la cavité du pneumo-thorax est encore sèche, l'ouverture étant petite et la plèvre n'ayant pas encore eu le temps de la remplir de son exsudation inflammatoire; ou à ce que cette exsudation trop copieuse remplit toute la cavité.

Cette opinion paraît très probable, puisque le tintement métallique dépend de quelques gouttes du liquide épanché, qui retombent avec bruit de la portion de parenchyme collée sous la clavicule, dans le liquide qui remplit imparfaitement la cavité pleurale, au moment où l'on fait mettre le malade sur son séant; aussi n'a-t-il pas tenu à l'existence de ce signe pour prononcer celle du pneumo-thorax par suite d'une perforation de la plèvre pulmonaire. Au surplus le tintement peut aussi se présenter dans les grandes excavations qui ne communiquent pas avec la plèvre.

Autre fait digne de remarque : le plus souvent le bras du côté correspondant à la pleurite par perforation pulmonaire est devenu douloureux, quelquefois engourdi, et dans d'autres cas œdématié. Cela ne peut être attribué qu'à la propagation de l'irritation par les nerfs, ou bien à une progression de l'inflammation de la plèvre aux parois thoraciques, au tissu cellulaire et aux ganglions subaxillaires, qui, chez l'un de ces œdémateux, étaient tuméfiés et rouges; mais M. Louis s'abstient de faire ces réflexions.

C'est tout ce que nous avons à dire sur la perforation du poumon, causée par des tubercules : d'après les observations de M. le docteur Louis, il y a bien, pour nous, dans quelques unes, des doutes sur la nature tuberculeuse de l'affection du parenchyme perforé; mais, n'ayant pas eu les pièces sous les yeux, nous n'entreprendrons pas de le contredire. Nous nous contenterons d'avertir nos lecteurs qu'ils doivent se tenir en garde, sous ce rapport, contre les assertions de cet auteur, car il lui arrive presque toujours de déduire l'existence des tubercules de celle des cavités pulmonaires, lorsqu'il n'existe aucune trace de ces corps dans toute l'étendue des poumons.

Après avoir présenté toutes les formes à lui connues de la phthisie pulmonaire, M. Louis consacre deux chapitres *aux morts subites* qu'il a observées chez des phthisiques. Il place dans le premier celles qu'il croit pouvoir expliquer par les altérations des organes, et consacre le second à celles dont il n'a pu découvrir la cause dans les cadavres.

Tous les praticiens auront observé *passim*, sans s'en rendre compte, qu'il y a effectivement deux genres de mort pour les phthisiques comme pour la plupart des malades de toute autre espèce; l'un précédé de toutes les lenteurs de l'agonie, et l'autre subit, mais qui d'ordinaire n'arrive que lorsque leur maladie les a conduits à un certain degré d'épuisement. Les uns succombent tout-à-coup en se levant pour satisfaire un besoin, les autres en mangeant; d'autres périssent pendant le sommeil; on en voit qui se trouvent mal tout-à-coup dans leur lit, et qui finissent paisiblement dans une syncope.

Il y a long-temps que ce fait nous avait frappé, et d'autant plus, qu'il est peu de maladies, soit

chroniques, soit aiguës, dans lesquelles nous n'en ayons trouvé quelques exemples; mais l'idée que nous avions eue de rapprocher ces faits divers pour en tirer quelques inductions n'a jamais été mise complètement à exécution.

Celle de nous étonner de la mort de ces sujets ne s'était pas offerte à notre esprit, parce que nous avions toujours rencontré des altérations organiques plus ou moins considérables, et que l'art ne possède point de donnée précise sur le degré de résistance que chaque patient peut opposer à ces causes de destruction.

Il nous paraît encore aujourd'hui fort étrange qu'un médecin ait la prétention de déterminer à quel degré de détérioration les organes en proie à une phlegmasie aiguë ou chronique doivent être parvenus pour que la mort des malades soit justifiée. Les hommes sont vivaces à mille degrés fort différens : il en est qui ne succombent qu'à la suite d'effroyables désorganisations dans les principaux instrumens de la vie; on en voit d'autres qui n'en supportent ni la moitié, ni même le quart sans succomber.

Beaucoup de données seraient nécessaires pour amener la question de la plus ou moins grande ténacité de la vie à un degré satisfaisant de probabilité. Nous en possédons, ce nous semble, un assez bon nombre, mais nous n'oserions pas les rassembler ainsi subitement et de mémoire à l'occasion des observations de M. le docteur Louis; de peur d'être trop au-dessous de l'importance du sujet. Nous nous proposons toutefois de le traiter le plus tôt possible; mais nous ne serions pas jaloux que d'autres le fissent avant nous. Nous ne nous servirons donc aujourd'hui que de la substance des faits qui se présenteront à notre souvenir.

Nous avons déjà consacré un article des *Annales de la médecine physiologique* à démontrer que ceux qui, dans les maladies aiguës, que quelques uns appellent encore *fièvres graves*, ne succombaient ni par l'obstacle au cours du sang et à la respiration, ni par les hémorrhagies, ni par une rupture subite de la continuité des fibres médullaires dans les centres nerveux, ni par la compression du cerveau, périssaient d'ordinaire par l'épuisement de la force nerveuse, ou, si l'on veut que j'emploie d'autres termes, par le désordre de l'innervation, qui devient insuffisante pour le maintien des grandes fonctions; désordre qui d'ailleurs survient nécessairement, au bout d'un certain temps, chez ceux qui ont souffert à un haut degré le phénomène de l'inflammation.

Nous avons fait voir que plus cette inflammation avait acquis d'activité et d'étendue dans les membranes, plus tôt devait arriver ce fatal moment. Les cutites et les péritonites générales doivent en fournir deux exemples bien évidens; mais la gastro-entérite n'est pas moins puissante que ces inflammations pour déranger les fonctions des centres nerveux.

Lorsque la perturbation produite par les phlegmasies est excessive, et qu'il y a prédisposition, le cerveau s'enflamme d'ordinaire dans ses méninges, surtout dans l'appareil vasculaire de la pie-mère, d'où communication d'une part au tissu de l'arachnoïde, et de l'autre aux fibres médullaires, tant grises que blanches, ce qui produit le délire, les convulsions, et ces dernières d'autant plus fortes ou plus précipitées que l'irritation porte davantage sur le bulbe et le prolongement rachidien. Mais il n'est nul besoin que l'appareil cérébro-spinal reçoive l'irritation dans la nuance phlegmasique pour que cette irritation détruise la puissance nerveuse; il suffit qu'elle soit intense et qu'elle persiste un certain temps. Or, ce temps n'a point de limite déterminable; tout ce que nous savons, c'est que, lorsqu'il est consommé, la vie cesse dans les maladies aiguës comme dans les chroniques, et sans qu'il soit besoin d'agonie.

Malheur donc aux médecins qui ne savent pas calmer les irritations et qui les laissent marcher, fondant leur principal espoir sur la nature médicatrice : malheur surtout à ceux qui ajoutent au stimulus des maladies inflammatoires, sous prétexte de donner des forces à cette nature.

On me demandera sur quelles expériences je fonde cette assertion... sur l'observation des malades, sur la comparaison des différens cas. C'est une conviction que j'ai acquise par voie d'induction, parce que mon organisation m'y a forcé. Tous les médecins ne la partageront pas, je le sais; mais beaucoup d'entre eux l'obtiendront comme je l'ai obtenue, lorsqu'ils seront organisés à peu près comme je le suis. C'est tout ce que je puis dire sur cette question. Du reste, elle n'est point faite pour les anatomo-pathologistes purs, trop grossiers et trop mécaniques dans leurs spéculations : elle est uniquement réservée pour les observateurs de l'état vivant.

Or, tous les sujets, sans exception, que M. Louis a vus mourir pendant la marche de la phthisie, sanscongestion pulmonaire capable de les suffoquer, avaient assez souffert, à mon estime, pour succomber par le simple désordre de l'innervation. Si d'autres ont résisté plus long-temps, c'est qu'ils avaient cette innervation plus puissante et plus tenace. Mais s'est-il bien rendu compte des causes accessoires à la maladie qui ont pu dépraver l'action nerveuse? La tristesse et le découragement sont assurément les plus puissantes, car cette mort nerveuse dont je m'occupe, arrive beaucoup plus tôt chez les infortunés abandonnés de tous leurs amis, de tous leurs proches, que chez l'homme opulent entouré de tous les secours et de toutes les consolations : c'est un fait que tous les hôpitaux, et plus particulièrement ceux qui sont destinés aux militaires peuvent constater : un rien tue nos nostalgiques, et les hommes courageux opposent à la mort une résistance incalculable. Ce fait est digne de la plus haute considération.

Il faut encore noter que l'air des salles d'hôpitaux éteint, si je puis ainsi parler, l'innervation, et que les mêmes maladies y résistent beaucoup moins que dans les habitations particulières. Aussi les jeunes médecins qui entrent dans la pratique civile sans autre expérience que celle des hôpitaux, sont-ils toujours plus sévères dans leurs pronostics que les praticiens accoutumés à traiter les maladies à domicile. Ces jeunes gens sont tout stupéfaits de retrouver vivans des malades qu'ils avaient condamnés, d'après des observations de cas analogues, recueillies dans les salles des hôpitaux. Mais ils changent peu à peu sans s'en apercevoir, et finissent par devenir plus réservés dans leur pronostic.

Je sais que cette dernière observation n'est pas applicable aux morts subites des phthisiques cités par M. Louis, puisque toutes ont été recueillies dans les hôpitaux; mais les causes morales y ont peut-être joué un rôle dont il n'a point eu l'idée.

Qu'on y joigne les mauvaises constitutions, car les malades de M. Louis étaient sortis de la classe la plus misérable et la moins bien nutritionnée de la capitale, et je pense que l'on aura rencontré les raisons les plus plausibles de ces décès qui lui ont paru prématurés, et dont il n'a point trouvé la jus-

tification dans les autopsies. En effet, s'ils n'offraient ni des congestions pulmonaires capables d'empêcher l'oxigénation, ni le plus haut degré possible de désorganisation dans les voies digestives et circulatoires, tous en avaient assez pour avoir beaucoup souffert, pour que leurs centres nerveux eussent été long-temps tourmentés, et enfin pour que leur mort n'ait rien qui puisse surprendre un observateur physiologiste : c'est ce qu'on peut vérifier en lisant dans l'ouvrage les longs détails de leurs maux; car je n'ai ni le loisir ni l'espace nécessaire pour en donner ici l'analyse.

Causes de la phthisie.

Cette question est celle que M. Louis a le plus faiblement traitée. Il prouve à sa manière, c'est-à-dire par le calcul des seuls faits qu'il a recueillis, que la phthisie ne peut être occasionnée ni par la péripneumonie ou la pleurésie, ni par le catarrhe pulmonaire, ni par les vêtemens, article dans lequel il ne mentionne que les corsets, et qu'il n'est pas assez démontré qu'elle soit héréditaire.

Il croit avoir ainsi réfuté la doctrine physiologique, qu'il nomme *doctrine de l'irritation.*

Si pourtant on veut relire ce que nous avons dit sur chacune de ses observations, particulièrement sur celles des phthisies latentes et des phthisies aiguës, dont il s'appuie particulièrement ici, on comprendra que ses conclusions ne découlent nullement des faits qu'il a rapportés. C'est sa méthode : il glisse sur les circonstances qui ne sont pas favorables à ses vues. Il met des *presque toujours*, des *à peu près constamment*, etc., en faveur des symptômes ou des altérations organiques dont il a besoin; il associe des *rarement*, des *presque pas*, ou des *si peu de chose*, etc., aux faits dont il se propose de ne pas tenir compte; puis il affirme sans hésiter, dans ses conclusions, qu'il a prouvé l'affirmative de ce qui convient à ses vues, et la négative de ce qui leur est opposé. C'est de cette manière, en glissant sur ce qui lui déplaît dans les détails, et en s'appesantissant sur ce qui lui sourit, qu'il a prouvé le contraire de ce qu'affirment les médecins physiologistes.

Pour achever sa prétendue démonstration, il suppose que nous n'avons point eu d'autres prétention que celle d'attribuer la phthisie au catarrhe, à la pneumonite et à la pleurite, ce qui fait voir qu'il ne nous a point lus; et après avoir conclu, d'après les faits cités par lui, et sans avoir égard à ceux que nous rapportons, il déclare que ses observations ne nous sont point favorables. Mais que penser de sa prétendue réfutation, lorsque l'on reconnaît que, dans la plupart des cas qui lui sont propres, les malades ont toussé pendant long-temps avant que les symptômes de la consomption pulmonaire se déclarassent, et que chez ceux où les phlegmasies du poumon n'ont pas eu l'initiative, il a toujours existé des irritations inflammatoires, soit dans les voies digestives, soit dans celles de la circulation, long-temps avant l'apparition des signes qui pouvaient faire présumer la présence des tubercules pulmonaires. Pour les cas ordinaires, qui ne sont pour lui ni latens, ni aigus, nous avons vu qu'il n'avait pu prouver la préexistence des éruptions tuberculeuses à l'inflammation; et pour toutes les principales désorganisations concomitantes, telles que celles des voies digestives, il nous a, de lui-même, accordé l'inflammation. En un mot, il a prodigué ce phénomène dans la phthisie, et ne l'a vraiment repoussé que pour la génération des tubercules; de sorte que nous n'avons eu à le reprendre que sur ce point, ce qui nous a été très facile. Est-ce là fournir des faits défavorables *à la doctrine de l'irritation ?*

Mais ce qui est pire que tout cela, c'est que l'auteur ne fait nulle mention de l'action du froid, cause sur laquelle nous avons particulièrement insisté en examinant la doctrine de Bayle et celle de Laennec, dans les premières éditions de l'*Examen*. Nouvelle preuve que M. Louis n'a jamais lu cet ouvrage.

Enfin, M. Louis n'a nullement compris de quelle manière nous envisageons l'irritation dans la question de la phthisie pulmonaire. Il se borne à supposer que nous n'indiquons que l'inflammation comme phénomène producteur des tubercules, tandis que nous avons toujours admis une nuance d'irritation organique, inférieure à la congestion sanguine ou à l'hyperhémie véritablement inflammatoire, comme cause déterminante de la sécrétion tuberculeuse. Sous ce rapport, il est donc resté fort en arrière de Laennec, qui avait essayé, quoiqu'en vain, de nous réfuter sur ce point, comme on peut le voir en relisant ce que nous en avons dit en rendant compte de la théorie de cet écrivain.

Je dis que nous avions attribué à l'irritation la sécrétion des tubercules, même dans nos premiers écrits sur cette matière (voyez l'*Histoire des phlegmasies*, tome Ier); nous la faisions partir des bronches, de la plèvre, des congestions sanguines, soit inflammatoires, soit hémorrhagiques; ou bien nous la faisions naître dans les tissus lymphatiques et aréolaires du poumon, par l'influence du froid, comme une conséquence de la diminution d'action de la peau; ou bien, enfin, nous la voyions se communiquer de la muqueuse des voies digestives, surtout dans la région gastro-duodénale, aux organes respiratoires. Nous y avons depuis ajouté l'influence des phlegmasies du système sanguin, surtout des capillaires artériels, cause que nous considérons ici comme l'une des plus communes. Cette idée a été émise dans les *Annales* à plusieurs reprises, et dans les *Commentaires sur les propositions de l'Examen*, commencés en 1824, et terminés en 1826. Nous admettons que M. Louis peut bien n'en avoir pas eu connaissance; mais, à coup sûr, il n'aurait point ignoré les autres explications s'il avait pris la peine de lire nos ouvrages. Mais il n'en dit pas un mot; ce qui nous fait présumer qu'il ne les a pas lus; car nous ne pouvons supposer que, dans le cas contraire, il eût omis d'aborder ces importantes questions, surtout après avoir observé que Laennec, qu'assurément il savait par cœur, n'avait point oublié d'attaquer l'irritation subinflammatoire que nous admettons.

Nous concluons de tout cela, ou que M. Louis ne nous a point lu, ou que, dans l'intention de se mettre plus à l'aise, il s'est borné à nous supposer les seules idées théoriques qu'il se croyait en état de réfuter, c'est-à-dire que, à l'imitation de plusieurs autres, il nous a rapetissé dans le but de nous abattre plus aisément.

Du reste, il n'est fait mention, dans le chapitre des causes, ni des passions tristes qui concentrent l'action vitale dans les viscères, ni des excès qui viennent souvent chez les malheureux donner une impulsion préjudiciable à leurs organes affaiblis, ni de l'insuffisance des vêtemens pour protéger ces sujets contre l'influence du froid humide, ni de l'inaction ou défaut d'exercice musculaire dans une foule de professions sédentaires des grandes villes, ni de ces congestions lentes et répétées qui s'opèrent con-

tinuellement sous l'influence de ces causes dans l'appareil respiratoire, et entretiennent les catarrhes, la pléthore des tissus lymphatiques et aréolaires. Il n'a même pas mentionné cette faiblesse des excrétions dépuratoires, si ordinaire aux sujets élevés dans l'obscurité des capitales antiques, et chez qui la fonction nutritive s'est toujours mal faite. Cela est si vrai, qu'on lit à la page 532 de son ouvrage, que « l'affection tuberculeuse se trouve à » *peu près* également fréquente chez les sujets d'une » constitution forte et chez ceux d'une constitution » faible », fait qui d'ailleurs est matériellement faux.

Est-ce là traiter la question des causes de la phthisie pulmonaire?

La pauvreté du *traitement* doit pour le moins égaler celle des vues théoriques sur la maladie. Voyons comment l'auteur s'en est tiré.

Il s'en tire en résumant les effets des divers moyens employés chez les malades dont il a rapporté les observations. Ainsi, tant de fois la toux a été soulagée par tels moyens, tant de fois tels autres ont un peu modéré ou paru suspendre l'hémoptysie; dans tant de cas la diarrhée a diminué par tels moyens, et tels autres dans tant ou tant de circonstances, observation numéro tel ou tel, ont diminué ou augmenté les souffrances de l'estomac. L'auteur s'inquiète fort peu de ce que d'autres ont pu faire dans des circonstances pareilles à celles qu'il a retracées; encore moins des améliorations que des vues nouvelles pourraient amener dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Ces prétendues règles de traitement sont au-dessous de tout ce qu'il serait possible d'imaginer de plus médiocre, et nous nous garderons bien de faire perdre du temps à nos lecteurs en y insistant davantage.

Conclusion sur les recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie.

Tel est l'ouvrage de M. Louis : c'est un travail d'anatomie pathologique des plus secs et des plus difficiles à étudier; composé d'après quelques nécroscopies faites dans un seul service de médecine, et précédé de notes confuses sur les symptômes, avec négligence calculée des causes préparatoires et déterminantes : un ouvrage rédigé sans souvenir d'aucun auteur ayant traité la matière, excepté Bayle et Laennec; un ouvrage sans vue, ni pathologique, ni thérapeutique, ni hygiénique; à plus forte raison sans aperçu physiologique; enfin un ouvrage sans vie, ne respirant que le fatalisme, l'obscurantisme et la mort.

CHAPITRE IV.

SUITE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE MODERNE. — SON APPLICATION AUX GASTRO-ENTÉRITES AIGUES. — FIÈVRE TYPHOÏDE DE M. LOUIS.

On voit que l'ouvrage de M. Louis sur la phthisie pulmonaire n'est qu'une ampliation de celui de Laennec. Je ne connais point d'autre travail important, écrit uniquement dans le même esprit; mais l'école anatomico-pathologique ne renonce pas pour cela à ses prétentions. On continue à vouloir subordonner l'idée de *maladie* à celle d'*altération de la texture* des organes, et à ne voir dans les symptômes que la révélation de ces désorganisations. Il était donc tout simple que l'on appliquât cette méthode aux affections des autres cavités splanchniques. Les phlegmasies aiguës de l'abdomen, maladies si fréquentes et si graves, ne pouvaient manquer d'avoir leur tour et d'être travesties à peu près comme celles du thorax. Avouons même que les anatomo-pathologistes purs ne pouvaient se dispenser de tenter cette conquête. La négliger, c'eût été se résigner à la substitution des gastrites et des gastro-entérites aiguës aux fièvres essentielles des auteurs. M. Bretonneau, de Tours, donna l'idée à nos Parisiens d'un nouveau genre de fièvre, que l'on crut pouvoir établir d'une manière solide sur les bases anatomico-pathologiques posées par Laennec, sans nuire aux essentialités fébriles des classiques. Nous allons voir comment ce plan fut exécuté.

Le traité de l'affection typhoïde, publié en 1829 par M. le docteur Louis (1), lui a été suggéré par les écrits de M. Bretonneau, de Tours, sur la *dothinentérie*. Ce dernier avait cru observer dans la Touraine que les fièvres épidémiques qui s'accompagnent de stupeur, délire, mouvemens spasmodiques et tétaniques, prostration, fétidité des excrémens, avec une langue sèche, brûlée ou encroûtée, fuligineuse, et plus ou moins de diarrhée, étaient dues à une éruption de pustules qui se formaient dans la membrane muqueuse du tube digestif, et qui avait pour siége les follicules ou glandes mucipares de Peyer et de Brunner : les premières, éparses dans cette membrane, les secondes, disposées en plaques elliptiques et prédominant, surtout vers la fin de l'intestin iléum.

Il attribuait à ces fièvres une marche et une durée déterminées, et prétendait qu'on ne les éprouvait guère qu'une fois dans le cours de la vie. Selon lui, il était aussi impossible d'en arrêter l'explosion et la marche que celles de la petite-vérole. Tout ce que l'on pouvait faire, c'était d'en diminuer les symptômes en maintenant la fièvre dans de justes bornes; c'est-à-dire, la modérant si elle était trop intense; la ranimant, au contraire, si les forces tombaient dans la langueur, et combattant les accidens.

C'est cette idée que M. le docteur Louis a exploitée, sans insérer toutefois dans son titre le nom déjà si fameux de dothinentérie; mais il a renchéri sur M. Bretonneau, qui décrivait sa dothinentérie comme une affection épidémique et peut-être contagieuse, qu'il avait observée dans une région plus ou moins étendue.

Voyons maintenant comment M. le docteur Louis a été conduit à entreprendre des recherches sur cette entité.

Nous avons dit, dans nos leçons faites à la Faculté de médecine de Paris, de 1831 et 1832, et nous avions déjà écrit dans les *Annales de la médecine physiologique*, et dans nos *Commentaires sur les propositions de médecine consignées dans l'Examen des doctrines médicales*, que notre proposition de rapporter toutes les fièvres dites essentielles des auteurs à la gastro-entérite, avait révolté un grand nombre de médecins; l'école de Paris surtout en avait frémi de courroux sous le règne octennal du jésuitisme, et le nom de gastro-entérite était devenu si odieux, que, pour ne rien prononcer qui pût en rappeler le souvenir, on avait pris le parti d'attribuer toutes les fièvres dites de mauvais caractère à l'inflammation de l'arachnoïde, en sorte que partout on entendait retentir les mots de *fièvre cérébrale*.

Aussitôt qu'on eut ouï résonner le mot de *dothinentérite*, on se trouva moins oppressé, la conscience se sentit un peu allégée; on entrevit la possibilité de parler, sans se compromettre, des inflammations du canal digestif, puisqu'il ne s'agissait plus de celle de la muqueuse, mais seulement de celle des follicules, qu'on avait la liberté d'en isoler. Mais lorsque l'inventeur de cette nouvelle maladie, cédant au vœu des personnes scrupuleuses, eut consenti à substituer la terminaison en *ie* à celle en *ite*, on respira librement, et l'on n'hésita plus à s'occuper, et même à parler de la surface interne du canal digestif. Une *dothinentérie!* voilà quelque chose de large. Ce n'est plus cette maudite inflammation, idée mesquine, rétrécie, étroite, exclusive, et vraiment désolante par les vastes conquêtes qu'elle ne cessait de faire depuis sept ans; c'est un *ravage*, une *sorte d'altération sui generis*, dans les follicules, en même temps que la maladie, présumée d'origine humorale, qui produit tous ces désordres, occasionne aussi de la fièvre et une foule de symptômes généraux, car on aime le général, le vague, l'illimité et surtout les ténèbres dans la médecine anti-physiologique. L'éruption boutonneuse, soit confluente, soit diffuse, n'étant, bien entendu, ou plutôt sous-entendu, que l'effet d'une effervescence, d'une despumation humorale qui s'opérait dans la substance des follicules, on rentrait de plein saut dans la médecine galénique; les boutons n'étaient plus, comme inflammations, la cause de la fièvre, et l'essentia-

(1) *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous les noms de gastro-entérite, fièvre putride, adynamique, ataxique, typhoïde, etc., etc., comparée avec les maladies aiguës les plus ordinaires*, par P.-Ch.-A. Louis, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. *Paris*, 1829, 2 volumes in-8o.

lité fébrile sortait de la lutte triomphante et plus brillante que jamais. Quel bonheur! Il y avait de quoi entonner mille *Te Deum*, et M. Bretonneau méritait au moins l'apothéose.

Mais il fallait agrandir, élargir cette entité, pour lui faire accomplir l'œuvre à laquelle on la destinait. Qu'est-ce, en effet, qu'une petite épidémie d'un petit coin de la France, observée modestement par un praticien de province, fameux, à la vérité, dans son département; mais enfin qui n'était pas placé sur un théâtre assez élevé pour éblouir les yeux de la multitude médicale? Il s'agissait de tirer de son invention un parti tel, que l'essentialité fébrile pût regagner tout le terrain qu'elle avait perdu, et que ces dangereux physiologistes se trouvassent dans l'impossibilité de le lui enlever une seconde fois.

Tel fut le plan de la cabale, et M. le docteur Louis, tête vierge de toute étude médicale, de toute observation étrangère à la clinique de Laennec et consorts, mais laborieux à l'excès et dévoué sans réserve, fut choisi pour la confection de cette grande œuvre. Sa leçon faite, sachant fort bien qu'il n'avait que deux ou trois noms à citer, que même celui de M. Bretonneau ne pouvait lui servir de rien, ce médecin se mit à forger.

Renfermé dans la clinique d'un médecin de l'Hôtel-Dieu, observant jour et nuit, et suivant jusque dans la salle de dissection des malades qu'il ne traitait point, il inventa et confectionna, de toutes pièces, et sans matériaux étrangers, une fièvre uniquement fondée sur les plaques de l'iléum. Ce n'était plus la dothinentérie de M. Bretonneau, car il n'en fit point une éruption varioloïde, encore moins une épidémie intercurrente, *sui generis*, parcourant capricieusement certaines contrées; c'était une large et vaste maladie, destinée à absorber toutes les fièvres d'un caractère adynamique et nerveux, et, sans nulle exception, toutes les gastro-antérites qu'on n'aurait point arrêtées dans leur progrès. Par ce rare artifice, il ne devait rester aux médecins physiologistes que des gastrites et des entérites sans symptômes typhoïdes, et des affections légères du canal digestif, que leurs antagonistes pourraient rapporter tantôt aux *courbatures*, tantôt aux *embarras gastriques* ou *intestinaux*, ou bien à des mouvemens fébriles *primitifs*; car M. Louis a formellement autorisé la fièvre à produire à peu près tous les désordres des fonctions et toutes les inflammations partielles des organes qui en sont chargés. Cela lui a semblé plus commode que de nier ces inflammations.

C'est ainsi que les bases de la doctrine physiologique devaient être sapées.

Pour arriver à donner tant de prérogatives à son entité typhoïde, M. Louis s'impose la marche suivante. Il commence par poser en principe que les faits vieillissent, et qu'il faut refaire toutes les observations. Sur ce point, nous sommes d'accord avec lui relativement aux observations mal faites; car nous avions dit la même chose dans notre *Histoire des phlegmasies*, publiée vingt ans avant son *Traité du typhus*. Nous ne prétendons pas, pour cela, qu'il ait lu cet ouvrage. Cet axiome était devenu monnaie courante : il a pu le trouver dans toutes les bouches.

Il rapporte un certain nombre d'observations de gastro-entérites, terminées par la nécroscopie; il les interprète à sa manière, et il en résulte, selon lui, que les plaques elliptiques, qu'il a trouvées plus ou moins tuméfiées, rouges, ulcérées, ramollies, etc., ont eu l'initiative. Cette assertion est gratuite; car, dans beaucoup de cas, l'irritation a débuté par l'estomac, et le météorisme et la diarrhée, qui correspondent à l'affection des intestins, ne paraissent que long-temps après l'anorexie et les troubles sympathiques de l'estomac. Il peut avoir raison pour les cas où les lésions des intestins ont ouvert la scène morbide; mais ce n'est pas un motif pour que les intestins aient été souffrants lorsque rien encore n'annonçait qu'ils dussent l'être.

Mais cette difficulté n'en est pas une pour lui : il la fait disparaître en supposant qu'il n'y a que trois symptômes qui révèlent la lésion de l'estomac. Or, ces symptômes sont les nausées, les vomissemens et les douleurs à l'épigastre. Ainsi, chaque fois qu'un malade a passé une ou plusieurs semaines avec l'anorexie, la mauvaise bouche, la soif, des douleurs de membres, des céphalalgies, le tout augmentant par l'ingestion des alimens, ces symptômes sont attribués aux plaques, alors même qu'il n'existe aucun signe de la lésion des intestins; et lorsque, plus tard, l'estomac s'affecte plus vivement, ou que l'autopsie y découvre les traces d'une inflammation, M. Louis déclare, sans façon, que cette affection est consécutive, et produite uniquement par la fièvre, qui reste elle-même, ainsi que tous les autres symptômes, sur le compte des plaques. C'est là le premier défaut que nous avons à lui reprocher. Il prouve que cet auteur ne connaît point les signes de la gastrite, ou qu'il affecte spéculativement de les méconnaître.

En lisant avec attention les histoires de gastro-entérites qui ont débuté par la diarrhée, on voit souvent que, tant que l'irritation s'est bornée, pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, à produire cette évacuation, il n'y a eu ni fièvre ni inappétence; mais qu'à l'instant où ces symptômes ont apparu, la maladie a pris une activité nouvelle, et que bientôt les symptômes nerveux venaient s'y ajouter. Dans ces cas, au lieu d'accepter les faits tels qu'ils sont, et de dire que l'inflammation n'a eu la force de produire la fièvre qu'en s'élevant vers les intestins supérieurs et attaquant l'estomac, ce qu'annoncent toujours l'inappétence, la soif, la rougeur et la sécheresse de la langue, une influence plus marquée sur le cerveau, le rachis, et sur l'appareil locomoteur, qui devient endolori et impropre à l'exercice, M. Louis suit une autre marche. Il soutient que l'affection des plaques a seule produit tous les symptômes graves, la fièvre surtout, et que c'est cette dernière qui détermine les gastrites et les duodénites.

Ce vice n'est pas moins essentiel que le premier, puisqu'il accuse chez l'auteur un défaut complet d'aptitude pour l'observation des phénomènes de la vie, ou un calcul qu'il nous serait pénible de qualifier. Cependant, la facilité avec laquelle on prévient la propagation de l'inflammation vers la partie supérieure du tube, par une application de sangsues à l'anus, dépose formellement contre son assertion et prouve que ces diarrhées dépendent, du moins le plus souvent, du gros intestin.

Lorsque l'irritation débute par les intestins inférieurs, deux cas peuvent se présenter : ou elle commence par le colon, et alors la diarrhée est abondante dès le début, sans météorisme, puis, celui-ci survient si rien n'arrête l'inflammation, et est bientôt suivi des signes de la gastrite et du mouvement fébrile; ou l'irritation existe d'abord dans l'iléum, plus ou moins près de la valvule iléo-cœcale, ce qui donne des coliques sans diarrhée, ou avec peu de diarrhée, du météorisme, des douleurs profondes, des borborygmes, des mouvemens dans le ventre, de la sensibilité à la pression, surtout dans la région iliaque

droite; enfin, après plus ou moins de souffrance et de durée, la diarrhée se déclare; elle est peu abondante tant que l'inflammation n'a pas pénétré dans le gros intestin, ensuite elle le devient plus ou moins, suivant l'étendue de la colite et la nature et l'abondance des ingesta. En même temps se prononcent tous les autres symptômes qui marquent le passage à l'état aigu, si l'art n'est point intervenu pour mettre un terme à l'inflammation : et ils sont d'autant plus graves que l'inflammation fait plus de progrès dans les régions supérieures du tube digestif (1).

Que fait l'auteur dans ces deux formes du début?

Dans la première, il suppose, sans fondement, que la diarrhée vient des plaques supérieures à la valvule, et ne voit dans le météorisme qu'un progrès de la même affection, au lieu d'y voir l'ascension de l'irritation du colon à l'estomac.

Dans la seconde, il diagnostique d'abord juste; car il est de son intérêt de voir le fait tel qu'il est. Mais dans les deux il fausse également les mêmes faits en supposant que l'affection de l'estomac et celle du duodénum ne dépendent point de la progression de l'irritation inflammatoire du bas vers le haut, mais seulement de la fièvre.

Il répète bien en plusieurs endroits que l'altération (et non l'inflammation, cela serait trop positif) s'avance de la fin de l'iléum vers le duodénum; mais il ne lui permet pas plus de passer du colon dans l'iléum que de parvenir jusqu'à l'estomac, comme il ne souffre pas que celle de ce viscère puisse, étant primitive, cheminer à travers le duodénum et le jéjunum, pour venir produire les plaques de l'intestin iléum. A plus forte raison lui défend-il de naître dans le duodénum, et de se propager ensuite vers le haut et vers le bas pour produire sa typhoïde.

En un mot, il faut toujours que ses plaques aient l'honneur de l'initiative, toutes les fois que les dérangemens des fonctions digestives, au lieu de se dissiper, se terminent par une fièvre grave accompagnée de symptômes typhoïdes.

Ainsi, si d'aventure il arrivait à quelque confrère de guérir une irritation apyrétique du tube digestif, soit avec, soit sans diarrhée, que M. Louis aurait considérée comme un prodrome du typhus, il aimerait mieux déclarer qu'il s'est trompé, et que le malade n'avait qu'une *courbature*, un *embarras gastrique ou intestinal* (ce sont là ses subterfuges), que d'avouer que ce confrère aurait fait avorter une inflammation capable de dégénérer en typhus.

D'où il résulte, en définitive, et d'une manière aussi claire que le jour, que les prodromes du typhus ne peuvent jamais être reconnus que lorsque le typhus s'est déclaré, et a parcouru toutes ses périodes.

Voyons maintenant comment l'auteur envisage les autres lésions fonctionnelles qui complètent le groupe de son entité typhoïde, telles sont la dysphagie, la rougeur et la sécheresse du larynx, de l'arrière-bouche, du pharynx, la rougeur, la sécheresse et l'altération du mucus lingual et oculaire; la céphalalgie, le délire, la dysurie et les phlegmasies des voies urinaires et génitales, les taches, les pustules, les vésicules miliaires de la peau (*sudamina*), la prostration, les spasmes trémulens, les crampes, le délire, la somnolence, etc.

Il partage ces symptômes en deux séries : les uns sont essentiels à l'entité, et les autres sont secondaires ou accidentels; mais aucun n'est le produit de l'inflammation des plaques, car il ne lui est pas prouvé que les lésions des plaques ne soient que des inflammations essentielles; elles dépendent de l'entité typhus; elles sont symptomatiques, et l'un des effets de cette fièvre, dont elles ont le privilége exclusif de constituer le caractère anatomique, au préjudice de toutes les autres lésions. Ainsi elles produisent la fièvre et sont produites par elle.

Parlons d'abord des symptômes essentiels : pour ceux-là, nul embarras; c'est la fièvre, disons-nous, qui les produit. Mais quoi! la fièvre? veut-il dire l'accélération pure et simple du cours du sang? non certes; on pourrait lui dire que cette accélération n'occasionne pas nécessairement ces lésions : ce n'est pas non plus cela qu'il entend; il veut parler d'un être fièvre qui se compose des *frissons*, de *la chaleur* et des *différens états du pouls*. Ce n'est donc pas seulement la fièvre du typhus, c'est aussi toute autre fièvre, puisque l'on voit les mêmes lésions dans la péripneumonie, dans la variole, dans la rougeole, dans la scarlatine, dans le rhumatisme, dans l'érysipèle, etc., qui ont aussi de la fièvre.

Maintenant jetons un coup d'œil sur les principales de ces lésions : nous verrons que la rougeur et la chaleur, avec les couennes muqueuses, et même les ulcérations et les indurations ou ramollissemens qui les accompagnent, sont des inflammations dans la bouche, l'arrière-bouche, le larynx, le pharynx, comme dans l'estomac et dans les bronches, parce que ce sont des produits de la fièvre; tandis qu'il n'est pas certain que la lésion principale, l'altération des plaques, soit toujours de l'inflammation, puisque c'est seulement le caractère anatomique du typhus. Toutefois des ramollissemens et des couennes, qui seraient sans injection sanguine, pourraient bien n'être inflammatoires dans aucun de ces régimes; et, dans ce cas, ces altérations seraient aussi des produits non inflammatoires de l'être fièvre typhoïde.

Si cela est trop subtil pour quelques lecteurs, nous avouerons notre impuissance pour les tirer de leur embarras, car nous le partageons. Nous ne comprenons pas plus qu'eux comment les altérations des plaques de l'intestin, qui ne seraient pas des inflammations, pourraient être le caractère anatomique d'une fièvre qui produirait ailleurs des inflammations, ni comment, étant des inflammations, dans d'autres cas, elles engendreraient des lésions qui tantôt seraient inflammatoires, et tantôt ne le seraient pas, ou qui le seraient dans les bronches

(1) Dans nos *Propositions de l'Examen*, nous avons rapporté la diarrhée à l'irritation des gros intestins. Ce fait est de toute vérité, mais peut-être a-t-il besoin encore de quelques commentaires pour être bien compris. Il est bien avéré qu'un purgatif et une indigestion, qui en fait l'office, obligent le gros intestin à laisser passer et à expulser les matières que lui lancent les intestins grêles. Si ce mécanisme n'est que momentané, le gros intestin n'en souffre pas; mais s'il se continue ou se répète fréquemment, cette portion du tube digestif ne tarde pas à s'irriter, et la muqueuse contracte de l'inflammation. C'est ainsi que la cœcite, la colite et la rectite se développent par l'abus des purgatifs et par les indigestions réitérées, et d'autant plus promptement que les *ingesta* sont moins bien digérés, plus âcres et surtout plus putrides. Or, il en arrive autant dans la gastro-entérite, qui débute par la région supérieure du tube digestif. Les premières selles que produit l'inflammation des intestins grêles peuvent être sans phlegmasie du gros intestin; mais pour peu qu'elles continuent, cette phlegmasie est provoquée par une double cause : le passage des matières âcres et putrides; la propagation de l'entérite venant du haut, qui ne tarde pas à franchir la valvule iléo-cœcale. Cette propagation, ainsi que celle en sens inverse ou du rectum par le colon, le cœcum et l'iléum, peut avoir lieu avant comme après le développement de l'état fébrile; mais dans l'un comme dans l'autre cas, la fièvre ne devient intense et n'agit sur les centres nerveux, de manière à produire l'ataxie et l'adynamie, que lorsque la muqueuse est enflammée dans une assez grande étendue ou dans plusieurs points simultanément. Tous ces changemens peuvent être constatés et suivis, pour ainsi dire, à la piste, par un habile observateur de l'état vivant.

sans l'être dans le pharynx, dans l'estomac, dans le larynx, ou *vice versa*. Il faut être doctrinaire, essentialiste, absolutiste, spiritualiste, ontologiste, pour comprendre tout cela ; et nous n'avons pas cet avantage!

La langue mérite de fixer un moment notre attention : dans son *Traité de la Phthisie*, M. Louis nous assura qu'elle n'indiquait point l'état de l'estomac. Il revient ici sur cette question, et nous apprenons de lui que cette rougeur est une lésion secondaire, commune à beaucoup de maladies, c'est-à-dire à toutes celles qui peuvent produire de la fièvre; car c'est uniquement la fièvre, c'est-à-dire l'être composé de *frisson*, de *chaleur et des différens états du pouls* qui la rougit.

Nous avons dit avant lui, et répété dans nos écrits et dans nos leçons théoriques et pratiques, que la rougeur, la chaleur et la contraction de la langue sont ou des phlegmasies primitives, ou des irritations secondaires, tenant de la nature de l'inflammation, ou même de petites inflammations, semi-externes, qui rendaient témoignage de l'existence d'une inflammation située plus profondément, soit dans le pharynx, le larynx ou la trachée, soit dans l'appareil de la digestion, et surtout dans la membrane muqueuse de l'estomac. Nous avons ajouté que ces phlogoses, qui manquent rarement dans le début des gastrites et des entérites, peuvent se dissiper et se dissipent souvent, au bout d'un certain temps, dans l'état aigu, avant que l'inflammation qui les a produites soit apaisée, lorsque l'on fait usage des antiphlogistiques. Mais nous n'avions pas imaginé qu'on pousserait la chose jusqu'à les dire absolument indépendantes des inflammations de l'estomac. C'est une erreur si grossière, qu'il suffit de la signaler pour la réfuter.

On peut en dire autant, et nous l'avons dit aussi, du pharynx, des rougeurs et des vices de sécrétion de la conjonctive, des grandes lèvres et de l'ouverture du vagin chez la femme. Toutes ces irritations peuvent être primitives ou secondaires et manquer chez certains sujets; mais cela est fort rare dans le début des gastrites et des entérites...

S'il arrive quelquefois que ces rougeurs, quoique primitivement sympathiques, deviennent, jusqu'à un certain point, idiopathiques, et persistent après la cessation de la phlegmasie profonde qui les a produites, elles ont cela de commun avec toutes les irritations secondaires, et il suffit d'en prévenir les observateurs.

Mais il y a loin de là à la prétention de M. Louis, qui veut en faire des phénomènes sans aucune valeur, dans la séméïotique même des gastrites ; car il est de notoriété pour tous les véritables observateurs, que la rougeur, la chaleur, la forme lancéolée, qui est une contraction spasmodique, et la sécheresse de la langue, aussi bien que la rougeur du voile du palais et du pharynx, sont des signes infiniment précieux pour le praticien qui traite une gastrite, puisque toutes les fois que ces lésions persistent sans être primitives, elles lui indiquent avec certitude les différens effets des médicamens et du régime, et cela dans une foule de cas où il n'existe aucune espèce de mouvement fébrile. Elles ne sont donc pas, comme le veut le docteur Louis, des lésions dépendantes de l'entité fièvre, et tout-à-fait inutiles au praticien pour apprécier l'irritation qui règne dans l'intérieur des voies gastriques. Nous avons rencontré dans le monde quelques élèves de Laennec, imbus de ce pernicieux principe, qui ne faisaient aucun cas de la rougeur de la langue, et qui entretenaient depuis plusieurs semaines des gastrites, que quelques sangsues à l'épigastre et quelques jours de régime antiphlogistique dissipèrent sans beaucoup de résistance.

Au surplus, il est pour nous très évident que M. Louis n'a soutenu cette proposition que pour se mettre en opposition avec nous, et flatter les personnages influens de son parti; nous pensons même que tel est le but constant et fondamental de l'ouvrage qui nous occupe maintenant.

Parmi les lésions secondaires se trouve la *péripneumonie;* mais gardez-vous de croire que l'auteur y voie une complication déterminée par le froid. C'est un phénomène accessoire, non essentiel, puisqu'il ne se rencontre pas dans tous les cas. Il n'est nullement question de comparer les typhus d'hiver avec ceux d'été. Que diront les médecins des armées, qui ont comparé les typhus du nord avec ceux du midi, et qui ont constaté que les phlegmasies pulmonaires rendent les premiers plus meurtriers que les seconds!... Mais connaissent-ils M. Louis, devenu tout-à-coup législateur du typhus après une soixantaine de cas recueillis dans un hôpital de Paris, sur des malades qu'il n'a point traités?

On se figurera peut-être que notre auteur aura trouvé un certain nombre de symptômes caractéristiques de son entité typhoïde : grande serait l'erreur; il n'en possède pas, comme bientôt nous le verrons. M. Louis n'est sûr de rien, si ce n'est que les plaques de l'iléum expliquent seules le groupe des symptômes du typhus... mais expliquent... comment?... ce n'est pas physiologiquement, c'est-à-dire par l'influence vitale des plaques malades sur les différens organes; une telle assertion serait trop forte ; elle me ferait encourir la haute censure... Elles expliquent donc les symptômes d'une manière... comment dirai-je? intellectuelle ou matérielle? En vérité, je ne sais; car le pyrrhonisme me gagne aussi. Voici pourtant ce que j'ai compris :

Les symptômes, par leur existence, attestent celle des plaques pendant la vie ; et les plaques, après la mort, prouvent par leur présence que la maladie était un typhus. Quant aux modes d'influences réciproques des plaques sur les symptômes, ou des symptômes sur les plaques, en cas que cela fût possible, je ne m'en charge pas, M. Louis m'ayant laissé dans l'ignorance sur les deux points. Ainsi, pas d'explication, des simultanéités d'existence entre les symptômes et les plaques, entre les plaques et les symptômes, voilà tout ce que j'ai pu distinguer.

Mais voici bien une autre difficulté : notre auteur ayant entrepris de poser le diagnostic de sa maladie (tome II, page 314), et en ayant étalé les principaux symptômes, s'aperçoit tout-à-coup qu'aucun d'eux n'est absolument indispensable à son existence, et qu'il faut avoir recours à l'ordre de leur succession. Il prend donc ceux des typhysés qu'il a vus mourir, au moment où leur santé a commencé de s'altérer, et les conduit jusque sur la table de dissection. Voilà, j'espère, la tragédie du typhus bien complète.

Mais pourtant quelques typhus ont guéri, et l'auteur en a pu rapporter jusqu'à cinq observations sur cinquante-huit. Il a donc trouvé moyen de diagnostiquer le typhus sans nécroscopie. Eh bien! où croiriez-vous qu'il a trouvé la preuve de l'existence des plaques morbides de l'iléum! Dans la stupeur, la somnolence, le délire, les taches elliptiques et rosées de la peau, et les *sudamina* ou éruptions miliaires.

Ainsi, tous les phénomènes qui révèlent l'irritation du tube digestif, comme la soif, les nausées,

les vomissemens, les douleurs de l'épigastre, et, ce qui devrait être plus précieux pour lui, le météorisme, les douleurs de ventre et la diarrhée, ne sont rien pour lui. Et pourquoi donc? direz-vous. C'est que tout cela peut exister par le seul effet de l'entérite.

Je vous vois satisfait, cher lecteur. Voilà au moins, dites-vous, quelque chose de positif : somnolence ou délire, pétéchies, sudamina; ainsi, le cerveau et la peau vont désormais me fournir la garantie dont j'avais besoin.

Craignez cependant de vous être réjoui trop tôt. Apprenez de M. Louis lui-même qu'il existe des affections typhoïdes simulées (t. II, p. 410).

Vous trouverez dans ce chapitre intéressant un exemple d'érysipèle avec des symptômes ataxiques, où il n'y avait ni météorisme, ni diarrhée, ni plaques dans l'iléum; mais des traces évidentes d'une phlegmasie sous-arachnoïdienne, avec épanchement dans les ventricules latéraux; puis un second érysipèle avec des signes évidens de gastro-entérite et de météorisme; mais comme le sujet n'avait pas de plaques, attendu qu'il était plus jeune, le météorisme n'a plus la même valeur. Il ne signifie plus typhus, mais seulement entérite. Entendez-vous? D'ailleurs il faut des taches roses lenticulaires (qui ne sont pas de rigueur, selon lui), et des épistaxis (qui manquent dans plus de la moitié des cas) pour attester l'existence des plaques typhiques. — Vous êtes étonné : gardez votre surprise, toutefois, pour une meilleure occasion. La voici : l'observation de la p. 426 du tome II vous offrira tous les symptômes du typhus très bien conditionnés, sur un jeune homme de quatorze ans, sans altération des intestins grêles, mais avec traces d'irritation gastro-encéphalique et ramollissement considérable dans la muqueuse du colon. Vous allez croire que l'auteur, poussé à bout, va vous avouer que les inflammations de l'encéphale et de ses membranes suffisent bien pour produire les phénomènes encéphaliques, et que l'influence de la gastrite peut y contribuer. Vous ne connaissez guère M. Louis : il répondra que le sujet était *peut-être* trop jeune pour avoir des plaques, et qu'il interrogera les médecins des enfans pour s'en assurer. Il ajoutera qu'au surplus, si l'on ne trouvait pas les traces d'une péripneumonie sur un sujet qui en aurait offert tous les symptômes, il faudrait dire qu'il avait une *péripneumonie simulée*. Demandez-nous encore, messieurs les doctrinaires anti-matérialistes de la médecine, ce que nous entendons par des *entités morbides factices*, et par l'*ontologie médicale?*

En somme, tous les symptômes formant le groupe du typhus peuvent manquer, si on les examine l'un après l'autre pour s'assurer de ceux qui sont essentiels. D'autre part, toutes les altérations organiques que l'on a coutume de trouver à la suite de ces maladies, peuvent également être en défaut, hormis les plaques.

Du moins, me direz-vous, je trouverai du certain dans l'anatomie pathologique?... De grâce, ne précipitez point votre jugement, et apprenez deux choses importantes. La première, c'est que les plaques peuvent être affectées dans la plupart des autres maladies aiguës, comme elles le sont dans le typhus. Il faut pourtant en excepter l'entérite; car si elle en offrait après la mort, on lui ferait perdre son nom, pour lui imposer celui de typhus insidieux ou latent. La péripneumonie est celle des maladies aiguës qui en a offert le plus souvent; c'est M. Louis lui-même qui se donne beaucoup de mal pour nous le prouver. On en aura la preuve en parcourant les observations de son premier volume. Mais il n'a pas voulu pousser la subtilité jusques à supposer un typhus caché sous le masque de cette phlegmasie. Il a mieux aimé dire que puisqu'elle n'en a pas toujours, les plaques ne font pas partie de ses caractères anatomiques. Ainsi c'est par la majorité qu'il se décide.

La seconde chose importante qu'il faut noter, c'est que les plaques peuvent exister sans qu'il y ait ni fièvre, ni affections cutanées ou gastriques, ni aucun des phénomènes dits nerveux. Croyez-vous que pour cela l'entité typhus va succomber? Rassurez-vous; ces cas seront, non plus des typhus simulés, mais des *typhus dissimulés* ou *latens*. Nous dirions, nous, grossiers physiologistes, qu'il n'y a rien d'étonnant qu'on rencontre les follicules soit disséminés, soit agminés, gonflés, saillans, rouges, endurcis, ramollis, ou ulcérés chez des malades qui ont éprouvé pendant des semaines ou des mois des douleurs de ventre, du météorisme, du dévoiement, etc. Nous ajouterions que le peu ou le défaut de fièvre chez ces sujets n'a rien qui doive surprendre, puisque l'inflammation était peu active, bornée à une étendue peu considérable dans le canal, peu ou point partagé par l'estomac et nullement par l'appareil de la respiration; nous verrions là des entéro-colites, soit chroniques, soit subaiguës, et nous ne serions point surpris qu'il n'existât aucun phénomène attestant la lésion de l'encéphale, sachant de reste que le trouble sympathique de cet appareil est constamment en raison de l'étendue des inflammations viscérales, et que dans celles des voies digestives ce trouble correspond surtout à l'affection de la région supérieure, qui n'est que peu ou point lésée dans les cas pris pour exemples. Enfin, si l'on nous apprenait que de pareils malades ont succombé tout-à-coup par une péritonite, effet d'une perforation de l'iléum, cela nous paraîtrait tout simple; car nous savons que des muqueuses enflammées peuvent s'ulcérer et se percer aussi bien que s'endurcir, se ramollir, ou se réduire en bouillie. Cette catastrophe nous surprendrait d'autant moins que l'art aurait moins fait pour arrêter les progrès des entérites en question.

Mais ce n'est pas ainsi qu'opère le génie subtil de M. Louis. Il voit pendant la vie, dans le groupe de symptômes que nous venons de représenter, ou un embarras intestinal (cette entité lui est chère), ou une entérite, si la chaleur, la douleur et le mouvement fébrile lui permettent de prononcer le mot inflammation. Il traite en conséquence, ou il traiterait (car les terminaisons de ce genre qu'il rapporte ne sont pas de son fait) par les purgatifs, sans refuser des alimens si la fièvre manquait; par les saignées générales, s'il y avait fièvre et inappétence, car les sangsues ne sont jamais bonnes à rien; et, si le malade succombait, il se déciderait enfin sur le caractère de la maladie. Les plaques manqueraient-elles, c'était une entérite; les plaques existeraient-elles, c'était un typhus latent, dont la malice a joué le pauvre praticien en simulant ou l'embarras intestinal, ou l'entérite; mais jamais vous ne l'entendriez dire entéro-colite, quoique le gros intestin eût souffert avec l'intestin grêle, ou entéro-gastrite, si l'estomac s'était affecté. Ces expressions ne sont point dans son vocabulaire, elles sentent trop fort le physiologisme.

Voilà quels sont les typhus *sous forme latente* de M. Louis, dont vous trouverez l'histoire avec les observations à l'appui, page 332, IIe vol. Veuillez le lire, et comparer les observations avec celles qu'il donne de l'entérite, et vous jugerez si nous en avons rendu un compte fidèle.

Jusqu'ici nous n'avons donc pu parvenir à caractériser le typhus de M. le docteur Louis. Tous les médecins cependant connaissent cette maladie : il n'en est point qui ne sache que, lorsque dans une fièvre continue qui n'est due ni à l'inflammation de l'un des tissus du poumon, ni à celle du cœur, ni à celle de l'encéphale et de la moelle rachidienne, ni à celle du foie, des reins, de l'utérus, de la vessie, ni à celle du péritoine, ni enfin à une inflammation de l'ouverture des muqueuses et de l'extérieur du corps, on voit paraître un certain groupe de symptômes, le typhus est suffisamment caractérisé! Ce groupe est composé de ce qui suit : langue brune, de rouge qu'elle était; souvent enduite, ainsi que les lèvres et les dents, d'une couenne brunâtre ou noire; fétidité des excrétions, couleur brunâtre de la peau, avec ou sans pétéchies et éruption miliaire; prostration des forces musculaires; somnolence ou délire à voix basse, quelquefois avec loquacité bruyante et agitation; soubresauts convulsifs ou contractions tétaniques des muscles, et surtout des bras et des avant-bras, même de la face. Il leur importe peu, relativement au caractère générique, qu'il y ait diarrhée ou constipation, météorisme ou affaissement de l'abdomen, soit avec possibilité de boire, ou vomissement; parce qu'ils savent que la présence ou l'absence de chacun de ces symptômes en particulier n'empêchent pas que la maladie ne soit un typhus. Mais ils savent que si les phénomènes dits *nerveux* sont seuls ou très prédominans sur les autres, la maladie est plutôt une encéphalite qu'un typhus. Voilà donc ce qu'il leur faut pour caractériser cette maladie, et ils n'ont nul besoin que l'autopsie vienne leur en donner la confirmation.

Nous avons prouvé, nous, que les symptômes du typhus étaient ceux d'une gastro-entérite aiguë, non arrêtée dans sa marche, et parvenue à un haut degré d'intensité! Nous avons démontré que les symptômes nerveux (prostration, somnolence, délire et mouvemens convulsifs) sont l'effet, non de l'accélération du cours du sang, mais d'une irritation consécutive de l'appareil cérébro-rachidien, qui tend à s'enflammer, et qui s'enflamme quelquefois; ce qui explique pourquoi les symptômes de la cérébro-méningite ressemblent à quelques-uns de ceux du typhus.

Tout cela ne suffit point à M. Louis; il entreprend de prouver que les plaques morbides des intestins grêles expliquent seules les phénomènes du typhus; et comme il rencontre des typhus où ces plaques n'existent pas, il est réduit à leur refuser ce nom sans pouvoir lui en substituer un autre; tandis que nous, et tous les médecins raisonnables, qui n'avons pas besoin de plaques, sommes assurés de toujours découvrir notre phlegmasie du canal digestif. Il est vrai que si le malade ne succombe que fort tard, après avoir été bien traité, la gastrite quelquefois a disparu; mais nous connaissons ce cas; nous l'indiquons avant la mort, et nous avons toujours la certitude que la gastrite a existé dans le début, car nous connaissons ses symptômes; et comme il ne nous faut pas de plaques et qu'il y a toujours des traces d'entérite, nous sommes certains que l'autopsie ne viendra pas nous donner un démenti.

M. Louis, qui veut des plaques, et qui ne peut les affirmer avant la mort, est obligé de refuser le typhus aux vieillards, à qui tous les siècles l'ont accordé, et il ne sait que faire de leurs fièvres graves, adynamiques, ataxiques; car il n'a pas la permission de les nommer des gastro-entérites. En conséquence il prend, en sage, le parti de n'en donner aucune explication. Il ne sait que faire non plus des gastro-entérites aiguës de l'enfance, parce qu'il n'est pas trop sûr que les plaques y soient pour quelque chose; ce qui prouve qu'il ne s'est pas donné la peine d'entrer dans un hôpital où l'on traite des enfans, et où il aurait eu des plaques fébriles et non fébriles à discrétion. Tout cela n'embarrasse point les médecins d'un bon jugement. Enfance ou vieillesse, plaques ou non, ils savent que la gastrite et l'entérite aiguës sont communes à tous les âges : ils notent seulement les différences que ces circonstances leur impriment. Qu'il y ait ou non des plaques dans les deux extrêmes de la vie, la prostration, la somnolence et le délire, les convulsions et les spasmes musculaires, la fétidité et l'aspect livide de la peau n'en sont pas moins le cortége nécessaire des gastro-entérites aiguës arrivées à leur summum, c'est-à-dire des maladies typhoïdes, et ce fait seul condamne les prétentions de M. Louis. Ce fait montre en même temps que son entité n'a pas assez de largeur et de profondeur pour recevoir et absorber toutes les gastro-entérites des physiologistes, non plus que tous les typhus des classiques. A plus forte raison les grandes différences qu'apportent les âges demeurent-elles lettres closes pour M. Louis.

En effet, tous les médecins capables de bien observer savent que l'irritation de l'encéphale consécutive à la gastro-entérite est extrême, dans le jeune âge, et produit une congestion cérébrale qui paraît être le symptôme prédominant; ce qui est beaucoup plus rare chez les adultes. Ils savent aussi que, dans la décrépitude, la gastro-entérite typhoïde est le plus souvent sans réaction, et que les congestions cérébrales, aussi fréquentes que dans l'enfance, ne se résolvent plus aussi facilement, et s'accompagnent souvent d'épanchemens et de phénomènes paralytiques ou apoplectiques. Or, tous ces faits si importans se trouvent encore en dehors des plaques de M. Louis; et si jamais il les traite, il faudra qu'il s'impose des tourmens égaux à ceux que vient de lui donner le typhus des jeunes sujets, pour parvenir à en faire des entités qui diffèrent essentiellement de ce dernier.

M. Louis, qui veut des plaques à quelque prix que ce soit pour justifier l'entité typhus, se trouve dans une anxiété déplorable toutes les fois qu'une gastro-entérite, capable de réagir sur le cerveau, vient compliquer une autre phlegmasie, et réussit à exterminer le malade, déjà débilité, sans avoir eu le temps de faire gonfler et de désorganiser les follicules. Tels sont les cas cités par lui où la gastro-encéphalite est venue tuer en peu d'heures des érysipélateux. Il pouvait joindre à ces faits ceux de gastro-entérite typhoïde, consécutive à la pneumonie, à la bronchite, à la pleurite, et à toutes les phlegmasies de l'extérieur du corps, même celles qui appartiennent à la chirurgie; car on voit tous les jours succomber, avec les symptômes typhoïdes, des malades ainsi affectés, et plus ou moins débilités, qui n'avaient point dans les intestins grêles une irritation catarrhale capable d'y faire éclore des plaques bretonniques. Que fera-t-il de tous ces cas, lui qui refuse le droit de produire le fuligo, la stupeur, la somnolence, le délire et les tressaillemens musculaires aux irritations inflammatoires réunies des voies gastriques et de l'encéphale? est-ce du latent, du pernicieux, de l'insidieux, du perfide, du simulé, du simulant? qu'il nous le dise pour l'amour d'Esculape, ou nous le déclarons apôtre de l'arbitraire quand même...

Ne pouvant parvenir à fonder son entité ni sur les plaques qui existent dans une foule d'autres maladies, ni sur les symptômes nerveux qui appartien-

nent à toutes les grandes phlegmasies capables de bouleverser l'influence de l'encéphale, M. Louis se trouve, en plusieurs endroits de son ouvrage, dans une angoisse capable de lui faire pardonner ses erreurs. Ne pouvant obtenir de caractères propres et fidèles, puisque les plaques elles-mêmes lui font faux-bond, il prend, avons-nous dit, le parti désespéré de fonder les caractères de son entité sur le concours de phénomènes, soit cadavériques, soit vitaux et sur leur succession dans un ordre déterminé!

Cette méthode est bien vraiment le comble de l'ontologie médicale; mais on est obligé de la lui pardonner en considération de la peine qu'il s'est donnée pour l'évaluation de chacun des élémens de ses caractères prétendus; c'est ce que nous désirons de faire comprendre à nos lecteurs; et dans ce but nous allons, avant de critiquer l'ensemble de ses caractères, examiner comment il est parvenu à découvrir chacun d'eux, ou du moins les principaux, car nous craignons que trop de détails sur un ouvrage aussi vide que le sien ne fatigue enfin nos lecteurs.

Veut-il prouver que les plaques forment le seul caractère anatomique de l'entité typhoïde, il dit que, bien que commune à une foule de maladies aiguës et chroniques, elles sont plus fréquentes dans le typhus; et sa conclusion est qu'elles en forment le caractère anatomique seul essentiel.

Se propose-t-il de leur attribuer tous les symptômes qui dépendent des intestins, il soutient que si le météorisme peut provenir d'une entérite sans plaque, il dépend le plus souvent de ces plaques; que si l'on a toujours trouvé de l'inflammation dans le cœcum et le colon, elle était si légère *dans quelques cas*, qu'on ne doit pas en tenir compte, et qu'il ne faut attribuer le flux de ventre qu'à l'iléum, et par conséquent aux plaques. Notez bien, cher lecteur, que, pour tenir ce langage, il faut que M. Louis se soit trouvé dans l'impossibilité absolue de montrer une seule diarrhée indépendante de la colite; car sa mission et son désir étaient de faire croire à ceux qui ne sont pas anatomo-pathologistes, que les physiologistes avaient commis une grave erreur en attribuant la diarrhée à l'irritation des gros intestins, et en soutenant que cette évacuation n'existe point d'une manière soutenue tant que l'inflammation qui vient du haut n'a pas franchi la valvule du cœcum.

M. Louis a-t-il formé le projet de persuader à ses lecteurs que les troubles prodromiques, ou les dérangemens de la santé qui précèdent l'état de fièvre grave, existent sous l'influence de plaques latentes, lors même qu'il n'y a ni diarrhée, ni douleur de ventre; il déploie une adresse qui mérite d'être signalée, car sans cela les inattentifs et les personnes de bonne foi en seraient dupes infailliblement... Il commence par raconter légèrement tous ces antécédens : frissons, lassitude, céphalalgie, anorexie, soif, sentiment de faiblesse; puis il ajoute adroitement, lorsque le cas l'y autorise, que le sujet mangeait encore, qu'il était même soulagé lorsqu'il avait pris des alimens, bien que quelques heures après il se trouvât plus mal. Il le fait ainsi se traîner un certain nombre de jours; après quoi vient la diarrhée, que suivent enfin l'état fébrile et les symptômes typhoïdes. Que la priorité soit accordée à l'irritation des intestins, lorsque la tension, l'endolorissement du ventre et la diarrhée ont existé pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, cela se rencontre fréquemment chez des porteurs d'eau, des commissionnaires, des domestiques, et chez beaucoup d'ouvriers récemment arrivés à Paris, et dont l'alimentation est différente de ce qu'elle était dans leurs départemens. Nous faisons la même observation sur les recrues. Tous ces sujets ont souvent contracté, avant d'entrer dans les hôpitaux, une entéro-colite apyrétique, que le défaut de traitement et de régime entretient et conduit à l'état aigu; on le conçoit d'autant mieux, qu'ils sont d'ordinaire dans l'âge où les irritations catarrhales des intestins, cause des plaques, sont très fréquentes. Mais en résulte-t-il que tous doivent les avoir? Il en est un grand nombre qui souffrent d'abord de l'estomac et du duodénum, sans avoir d'irritation dans les intestins. Or, l'anorexie, les frissons, les maux de tête, les lassitudes, le sentiment de faiblesse, la soif surtout, ne correspondent-ils pas à cette irritation? Si les malades mangent, c'est qu'elle n'est pas encore assez forte pour empêcher l'appétit et la digestion. S'ils se mettaient à la diète, elle s'épuiserait le plus souvent; mais ils croient devoir continuer de manger, et ils augmentent ainsi l'irritation, qui se change en phlegmasie, et se répand enfin dans tout le tube digestif.

Pourquoi donc, lorsque les maux de ventre et la diarrhée ne se déclarent que plusieurs jours après les symptômes gastriques et duodéniques, pourquoi supposer que des plaques latentes peuvent seules en donner l'explication? Pourquoi supposer que ces plaques ont pu devenir malades et se détériorer, sans que l'intestin donnât le moindre signe d'altération?

Pourquoi?... le voici : En l'appréciant, nos lecteurs prendront une juste idée de la logique de M. Louis.

C'est parce qu'il a fait des plaques la lésion caractéristique du typhus; de sorte que tout trouble fonctionnel qui se termine par une fièvre typhoïde mortelle, où l'on trouve des plaques, a dû nécessairement commencer par elles. En effet, si ces troubles, soit gastriques, soit intestinaux, guérissaient sans typhus, ce ne seraient que des courbatures, des embarras; car il lui faut l'épigastralgie, les nausées et les vomissemens, pour prononcer le mot de gastrite. D'autre part, si ces mêmes troubles étaient suivis de symptômes typhoïdes mortels sans plaques, ce seraient des typhus simulés, ou de faux typhus; enfin, si les symptômes que M. Louis accorde à la gastrite avaient eu l'initiative, et qu'il survînt un typhus, celui-là garderait son nom s'il était à plaques, et ces plaques seraient affirmées primitives; et si elles manquaient, il rentrerait dans les faux typhus. Ainsi, l'auteur se tirerait d'affaire par des pétitions de principes.

Veut-on savoir maintenant comment il s'y est pris pour prouver que les plaques sont le caractère anatomique du typhus? On retrouvera toujours le même artifice : c'est en prenant pour exemple de typhus, dans le premier volume de son ouvrage, des gastro-entérites, terminées par la mort et offrant des plaques, et refusant, dans le second, le nom de typhus à toutes les gastro-entérites autopsiées dans lesquelles il ne se rencontre point de plaques.

Ainsi, toujours des pétitions de principes.

Mais, direz-vous, les nécroscopies ne lui ont-elles pas souvent démontré, comme à tant d'autres, que l'estomac offre des traces de phlegmasies à la suite des typhus où les symptômes gastriques ont prédominé; et que, par contre, les intestins sont peu ou point malades dans ceux où il n'existe ni météorisme, ni diarrhée?

Sans doute M. Louis a observé ces faits aussi bien que nous tous; mais rappelez-vous ce qui vient d'être dit au sujet des prodromes, et faites-en l'application aux autopsies. Si l'estomac offre de graves lésions, il les suppose consécutives aux plaques lors-

qu'il en existe; s'il n'en existe pas, la maladie perd le nom de typhus. Si l'intestin n'est pas fourni de plaques, elle le perd également, et de cette manière l'auteur n'est jamais pris en défaut.

Supposez-vous que les symptômes, qu'il regarde lui-même comme significatifs de la gastrite, ont persisté pendant le cours de la maladie (vomissement, hoquets après la boisson, épigastre douloureux à la pression) et que l'autopsie découvre cette gastrite avec des plaques dans l'iléum; il vous dira que la gastrite n'était pour rien dans les symptômes typhoïdes, et il vous le prouvera en vous citant quinze ou vingt observations d'autopsies offrant cette double lésion, mais dans lesquelles il lui a plu de n'attribuer les symptômes typhoïdes qu'aux plaques. Insistez-vous enfin en lui citant des gastro-duodénites typhoïdes sans plaque; il leur refusera le nom de typhus; c'est-à-dire qu'aux assertions fausses, évidemment contradictoires aux faits, notre auteur ajoute sans cesse les pétitions de principes pour établir que les plaques sont la condition *sine quâ non* de tous les prodromes, quels qu'ils soient.

Nous avons vu que la diarrhée est devenue un effet des plaques, par la défense formelle de l'attribuer à l'inflammation du gros intestin : nous avons remarqué que le météorisme s'est trouvé une preuve de plaques par le refus qu'on a fait de donner le nom de typhus aux fièvres graves avec météorisme où l'on n'a point trouvé de plaque; ainsi, jusqu'à ce moment, M. Louis nous a placés dans un panorama d'anatomie pathologique, où nous n'avons rien pu distinguer au-delà des plaques... Voyons maintenant ce qu'il fera des symptômes dits nerveux.

Nous n'avons pas oublié que ni les irritations de l'estomac, ni celles des autres viscères de premier ordre ne sauraient lui expliquer ces symptômes. Les fondera-t-il sur les plaques? Eh! pourquoi pas, puisque les plaques sont le seul caractère anatomique du typhus? Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il ne les attribuera pas à l'affection du cerveau; car, selon lui, si l'ouverture en montre souvent des traces, quelquefois elle n'en découvre aucune. Or, comme il lui faut de graves altérations pour affirmer qu'un organe a été malade, et comme il admet en principe qu'une fonction peut être lésée sans que ses instrumens aient souffert d'altération, il ne se gênera pas plus dans cette question que dans toutes les autres : tant de sujets avaient de l'infiltration sous-arachnoïdienne; tant, des épanchemens dans les ventricules ou ailleurs; tant, de la rougeur dans la corticale, de la sablure sanguine dans la médullaire; tant réunissaient un ou plusieurs de ces désordres; mais tant n'avaient rien de tout cela, et offraient ces tissus dans l'état normal. Donc les altérations de l'encéphale ne sont pour rien dans la production des symptômes nerveux, tels que prostration, stupeur, somnolence, délire, convulsions diverses. Les altérations des plaques sont seules constantes; donc elles doivent seules expliquer tous les symptômes nerveux.

Mais comment les expliqueront-elles? lui direz-vous : comment prouverez-vous que l'irritation des plaques seules (car souvent, nous dites-vous, la muqueuse n'est pas malade) agisse plus puissamment sur l'appareil sensitif et moteur que de violentes gastro-duodénites, de vastes péripneumonies, des cardites, des péritonites, etc.?... D'ailleurs n'est-il pas possible que l'irritation de l'appareil encéphalique soit portée au délire, aux convulsions et à la mort, sans qu'il se passe d'altération appréciable dans les tissus qui le constituent? Ces altérations sont subordonnées à la durée de l'irritation qui y fait affluer le sang. Qui nous dit que le travail inflammatoire, exhalatoire et suppuratoire, n'y est pas empêché par l'inflammation prédominante d'autres organes, ou par le défaut du sang que ces organes lui soustraient? Cela empêche-t-il que l'irritation ne l'agite à un degré suffisant pour produire les symptômes nerveux du typhus?

Quoi! vous parlez d'irritations propagées d'un organe enflammé jusqu'au cerveau... mais M. Louis ne connaît pas cela. Il est possible que par inadvertance cette expression lui échappe en dissertant; mais ce ne sera jamais lorsqu'il sera question d'établir les caractères du typhus. Les plaques ne sont-elles pas là, les y a-t-on mises pour rien? Si M. Louis avait eu la faiblesse de convenir que la douleur et l'inflammation des organes peuvent précipiter et bouleverser l'innervation au point d'occasionner la prostration, le délire, les convulsions, ses plaques perdaient à l'instant toute leur importance; c'en était fait de son échafaudage; il devenait simple médecin physiologiste, et il était réduit à supprimer son manuscrit....

On n'aura pas du moins cette inconséquence à lui reprocher. Eh! que devenait la méthode numérique, cette découverte sublime qui enthousiasme nos corps savans? gardons-nous bien de prendre une pareille idée de M. Louis. Compter des symptômes, compter des altérations organiques; des altérations, entendez-vous! et non des aberrations de vitalité, capables de les produire, si la vie peut les supporter assez long-temps : voilà tout ce que M. Louis voulait faire. En conséquence, il a compté, recompté, supputé, comparé ses calculs les uns avec les autres, et de là est résultée la sentence que voici : Puisqu'il n'y a point constamment de lésion dans le cerveau, et qu'il y a constamment lésion dans les plaques elliptiques de l'iléum, le cerveau n'est pour rien dans les symptômes nerveux du typhus; donc les plaques y sont réellement pour tout.

On lui répondra peut-être qu'il a trouvé lui-même des symptômes nerveux, pareils à ceux du typhus chez des sujets qui n'avaient que des gastrites et des entérites sans plaque tuméfiée, etc. Sa réponse est toute prête : ce n'étaient pas des typhus; donc les symptômes nerveux n'y ont pas été provoqués de la même manière que dans le typhus. Appréciez cette allégation, lecteur qui avez fait attention à la méthode qu'il a choisie pour démontrer que les plaques forment la base du typhus, et les symptômes du typhus la preuve irréfragable de l'existence des plaques.

Il est pourtant une classe de docteurs, soi-disant médecins, auxquels une telle réponse peut paraître péremptoire.

Il faut croire qu'elle a bien aussi quelque valeur aux yeux de celui qui la donne, et qu'il est vraiment ici de bonne foi, car on trouve à la p. 383, t. II, une observation qu'il n'aurait point rapportée telle qu'elle est, s'il avait pressenti les conséquences qu'il était tout naturel d'en tirer. Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, dont la maladie débute avec des symptômes nerveux très graves, tels que délire, étonnement, symptômes spasmodiques multiformes, à la suite de longues contrariétés et d'une forte réprimande qui lui avait été faite par son père. L'état aigu s'était déclaré sur-le-champ, et la malade était entrée à l'hôpital le lendemain de cette scène. Les symptômes de l'irritation gastrique étaient dès lors évidens, puisque l'inappétence, la soif et la chaleur fébrile existaient dès l'arrivée de la malade : mais on n'y fait aucune attention; et au lieu d'une saignée ou d'une application de sangsues à l'épi-

gastre et sur le trajet des jugulaires, on lui fait prendre un bain (un bain avec une congestion cérébrale, sans déplétion préalable!), et on lui applique des sinapismes aux membres inférieurs : la maladie n'a garde de céder. Le lendemain, lavement avec la camomille et trente grains d'assa fœtida, dont l'effet irritant est renforcé par une potion *gommeuse* avec dix grains de *musc*. Il n'en fallait pas tant pour développer une gastro-entérite déjà imminente; aussi la tension du ventre et la diarrhée surviennent-elles immédiatement. Dieu sait ce qu'on lui fit ensuite : pour nous, nous sommes réduit à le présumer, car l'auteur ne le dit pas. Toujours est-il certain que cette pauvre fille, d'ailleurs robuste, se traine jusqu'au cinquantième jour avec les symptômes du typhus; ce qui nous prouve invinciblement qu'elle offrait beaucoup de ressources. Mais passons sur ce point.

Dans ses réflexions, M. Louis se demande si les symptômes nerveux pouvaient être attribués à toute autre cause qu'au typhus. La réponse n'est que trop facile : cette infortunée jeune fille était nerveuse, et tourmentée par ses parens. Cette donnée suffit bien pour expliquer la prédominance des symptômes spasmodiques; mais lorsqu'on ajoute à son irritation gastrique le stimulus des prétendus antispasmodiques, les symptômes ne peuvent qu'augmenter, et d'autant plus que le traitement, après avoir disséminé, comme on l'a vu, l'irritation dans le canal digestif, ajoute sans cesse un nouveau stimulus à cette irritation, qui finit par être décidément inflammatoire, et même typhoïde. Eh bien! M. Louis ne tient nul compte de ces nombreux coups de fouet, donnés par toutes les voies au système cérébro-spinal. Ses réflexions n'ont pour objet que l'influence des plaques que l'autopsie lui avait montrées. Faut-il ou ne faut-il pas leur attribuer tous les symptômes, et conséquemment l'étonnante prédominance des nerveux?... Les plaques et les ulcérations de l'intestin grêle l'emportent : c'est la lésion prédominante, et quoiqu'il y eût dans la tête injection de la pie-mère du côté droit (le bras gauche avait été presque toujours spasmodiquement contracté), infiltration sous-arachnoïdienne (qu'il dit partielle et légère); une cuillerée (qu'il dit petite) de sérosité dans chaque ventricule latéral; une substance cérébrale plus ferme (il dit un peu) que de coutume, surtout à droite; le cervelet et la protubérance annulaire proportionnellement aussi fermes que le cerveau, il n'hésite pas à affirmer que *c'est à l'intestin grêle qu'il faut rapporter les premiers accidens* (t. III, p. 391), et il consacre deux pages à prouver (à sa manière) que les plaques elliptiques de l'iléum en doivent être seules responsables. Le cerveau entre bien pour quelque chose dans ses réflexions; mais gardez-vous de croire que ce soit sous le rapport des stimulations qu'il a reçues; aucune n'est mentionnée, pas même l'algarade du père, qui fit éclater à l'instant même la maladie. Il ne parle de l'encéphale que pour se demander si les symptômes cérébraux n'étaient pas en rapport avec l'inégalité de consistance du cerveau, et se décide, comme on le prévoit assez, pour la négative. Pas un mot, non, pas un mot des horribles stimulations pratiquées sur les extrémités nerveuses sensitives, sur la peau, sur la surface muqueuse du canal digestif, et qui ont nécessairement amené les différences de consistance dont il s'agit.

Voilà ce que c'est qu'un anatomo-pathologiste pur; il ne voit que les désordres organiques, et jamais les modificateurs de l'état vivant qui les ont produits.

Nous ne ferons plus de réflexions sur les observations particulières, rapportées par M. Louis. Ces réflexions seraient trop tristes, trop humiliantes pour notre époque de lumières...

Ainsi voilà les symptômes nerveux du typhus séparés de ceux des autres maladies, et renfermés dans les limites de notre panorama. M. Louis, cet inventeur de lois anatomico-pathologiques, nous a donné la preuve qu'il est étranger aux lois de la vie. Suivons encore quelque temps ce législateur dans la recherche des symptômes caractéristiques de son typhus avant de passer au résumé de son diagnostic.

Tous ceux dont nous avons parlé jusqu'ici n'ont de valeur que par l'ouverture des cadavres, et l'auteur, plus familier avec la mort qu'avec la vie, se trouve fort embarrassé lorsqu'il veut sortir de ce terrain... Voilà un malade avec de la fièvre ou sans fièvre, dont les fonctions de l'estomac et des intestins sont dérangées, et qui dépérit à vue d'œil; qu'il ait ou non des douleurs de ventre ou de l'épigastre, du météorisme, de la diarrhée, des symptômes nerveux, tout cela ne saurait dire à M. Louis, s'il a des plaques ou s'il n'en a pas, et par conséquent, s'il est ou s'il n'est pas dans l'état typhoïde, puisqu'il ne l'a pas encore ouvert. Où regardera-t-il pour savoir à quoi s'en tenir? Il regardera la peau, il palpera la rate, il examinera le nez. Le malade a-t-il la rate tuméfiée?... probabilité de plaques, car les grosses rates sont des lésions communes dans le typhus, quoiqu'il ne nous dise pas si ce sont les plaques, ou la fièvre, ou l'entité, qui ont le privilége de les produire. Heureusement il ne s'est point souvenu qu'il a placé les fièvres intermittentes dans la rate, et qu'une pareille affection pourrait avoir laissé la rate plus grosse qu'à l'ordinaire; il n'a point eu non plus l'idée qu'une tumeur étrangère à cet organe pourrait la simuler. Mais ne troublons par sa sécurité.

Si la rate ne dit rien, car elle ne répond pas toujours, et c'est grand dommage, la peau dira peut-être quelque chose. A-t-elle des taches roses, lenticulaires, et des sudamina? Ces deux choses peuvent manquer; mais si elles sont là, tous les doutes seront levés, attendu qu'elles sont plus *fréquentes* dans le typhus que dans les autres maladies aiguës (t. II, p. 320).

Enfin, qui l'aurait cru? les épistaxis elles-mêmes sont des présomptions de plaques, comme les taches et le millet, pourvu qu'elles viennent accompagnées d'autres symptômes.

Ainsi c'est dans trois phénomènes, qui peuvent manquer, et qui ne sont pas positifs lorsqu'ils existent, que notre auteur, repoussé de toutes parts dans sa recherche des caractères spécifiques, vient mettre toute sa confiance, après avoir avoué que tous les symptômes du typhus peuvent exister sans que les plaques elliptiques des intestins grêles soient malades, et qu'elles peuvent l'être sans qu'il existe un seul symptôme de typhus. Il est impossible qu'il ait une confiance parfaite dans ces prétendus caractères; et en effet il l'a si peu, qu'arrivé à la conclusion de son diagnostic, il a recours à la succession des symptômes dans un ordre et pendant une durée déterminés.

Mais avant d'y arriver, examinons son diagnostic différentiel du typhus comparé avec l'entérite. Cette question lui a paru fort importante; elle ne l'est pas moins pour nous.

Il nous assure (t. II, p. 319) que l'entérite diffère autant du typhus que le catarrhe de la péri-

pneumonie, et la rougeole de la variole. Voici d'abord les différences anatomiques :

Première différence. Si les plaques sont affectées dans l'entérite, elles le sont moins profondément que dans le typhus, et toujours avec la muqueuse dont elles partagent l'inflammation; tandis que celle-ci peut manquer dans le typhus, les plaques étant ramollies, épaissies, rouges ou bleuâtres, ulcérées ou non ulcérées... Ainsi cette première différence n'est point dans l'absence et la présence des plaques malades, mais dans le degré de leur altération. Or, une différence de degré n'a jamais été une différence de nature.

Seconde différence. Il n'a trouvé dans aucun cas d'*entérite proprement dite*, certaines lésions secondaires, telles que les diverses ulcérations des membranes muqueuses, si fréquentes dans le cours des affections typhoïdes (*ibid*). Pesez d'abord le sens de ces mots *proprement dite*, et vous verrez que l'auteur ne conçoit pas clairement son entérite. Mais passons là-dessus, supposons qu'il a prouvé que son entérite est sans gastrite, et raisonnons dans cette hypothèse. Eh bien! l'entérite n'est pas la gastro-entérite; l'inflammation y est donc moins étendue; si elle est moins étendue, elle est moins intense, et ne doit pas altérer aussi profondément les follicules de la membrane : si elle est moins intense, elle occasionne moins de fièvre; si la fièvre y est moindre, l'irritation des systèmes nerveux et sanguin y est moindre aussi, et ne tend pas avec une égale puissance à la reproduction de l'inflammation dans les autres organes, tels que la langue, le voile palatin, le pharynx, le larynx et les bronches, les poumons, la vessie, la peau. Quant à l'assertion de l'état sain de la muqueuse des intestins, dans son typhus, les plaques étant profondément altérées, il y a, de la part de l'auteur, exagération calculée. Dans les cas où les plaques étaient fort malades, nous avons trouvé cette membrane plus ou moins enflammée ou désorganisée par une inflammation déjà passée au brun ou au noir, friable, en bouillie, ou fort amincie, en un mot désorganisée. Elle conservait dans ces régions moins de sang que les plaques, parce que les plaques sont plus vasculaires qu'elle; et dans d'autres régions, où la phlegmasie l'avait moins maltraitée, elle en avait encore assez pour attester son inflammation, et l'on voyait celle-ci perdre son sang et passer au brun et au livide à mesure que l'on s'approchait des portions les plus altérées, au milieu desquelles paraissaient, nous le répétons, des îlots folliculaires, ulcérés ou non ulcérés, ramollis ou indurés, mais toujours plus sanguins que la muqueuse.

Voilà ce que nous avons vu dans les gastro-entérites qui étaient restées long-temps dans l'état typhoïde sans que la diarrhée eût cessé. Mais il est d'autres cas ou l'inflammation, après avoir gonflé les follicules, diminue ensuite et devient prédominante, soit dans un point de la muqueuse où les follicules ne sont point disposés en plaques, tels que l'iléum, le duodénum, le colon, soit dans un autre organe; alors le sang est soustrait à la portion de cette membrane, qui environne les plaques, avant que l'inflammation l'ait désorganisée. C'est une révulsion comme toute autre, et les nécroscopies en offrent toujours de pareilles en des lieux différens, à la suite des inflammations prolongées. Si les plaques restent tuméfiées et injectées plus long-temps que la muqueuse, c'est que leur résolution, comme celle des ganglions mésentériques et du foie, est plus lente que celle du tissu muqueux. Mais M. Louis ne paraît pas avoir fait cette remarque.

Cet auteur parle bien du cas où les follicules agminés avaient perdu toute leur inflammation et s'étaient affaissés et même cicatrisés de leurs ulcérations; mais il ne s'exerce point à déterminer si l'inflammation s'est réfugiée quelque part après avoir quitté les plaques et la muqueuse, ou si le malade est mort par l'épuisement des forces nerveuses. Cette question est belle, néanmoins, et digne des recherches d'un anatomo-pathologiste; mais, pour en sentir l'importance, il faut être observateur de la vie autant que de la mort.

Après les *différences anatomiques* entre l'entérite et le typhus, viennent celles que l'auteur *tire des symptômes et de la marche.* Nous allons le laisser parler.

« Quant aux symptômes, qu'on les étudie chez les sujets qui succombent, ou chez ceux qui guérissent, la différence est toujours la même. Tandis que l'affection typhoïde débute par un mouvement fébrile, *ordinairement* intense, bientôt accompagné de la perte des forces, dans une proportion supérieure à celle des autres symptômes de somnolence, de stupeur, de délire, d'éruption de tâches lenticulaires et *très fréquemment de sudamina*, d'épistaxis, de bourdonnement d'oreilles, de dureté de l'ouïe, de mouvemens spasmodiques plus ou moins graves et de météorisme, le mouvement fébrile qui a lieu dans l'entérite est *ordinairement* léger, la perte des forces peu considérable ou seulement proportionnée à l'abondance des évacuations alvines; la somnolence extrêmement rare, en rapport avec la faiblesse, sans jamais être comparable à celle qui a lieu dans le cours de l'affection typhoïde; les taches lenticulaires, les épistaxis ne sont pas *plus fréquentes* que dans *toute autre maladie* aiguë; il n'y a ni stupeur, ni surdité, ni sudamina, ou *du moins ceux-ci sont très rares*; ni météorisme, ni escarres, ni délire; et quand la terminaison de la maladie est favorable, la convalescence est très rapide, les moyens les plus simples y conduisent; tandis que dans l'affection typhoïde, la convalescence, *quel qu'ait été le traitement*, est *presque* toujours longue (*si longue* probablement), que l'utilité des moyens dirigés contre elle jusqu'à ce jour est un sujet de doute pour d'excellens esprits. » (T. II, p. 320.)

N'épiloguons pas sur la rédaction, n'ayons égard qu'à ce que l'auteur a voulu dire.

Nous remarquerons d'abord qu'il n'a point prouvé que les entérites dont il résume ici la marche aient été sans mélange de gastrite.

Nous dirons ensuite que, soit qu'il y en eût, soit qu'il n'y en eût pas, le groupe de symptômes que l'auteur nous offre ici est au fond tout semblable à ceux de ses typhoïdes latentes (de la p. 332 à la p. 376), dans lesquelles les plaques ont pu être malades sans qu'il y eût ni fièvre violente, ni stupeur, ni extrême prostration, etc.

Nous observerons ensuite que si l'affection typhoïde débute *ordinairement* par un mouvement fébrile intense, elle ne débute pas *toujours* ainsi; et l'auteur nous en a fourni des preuves par douzaines; d'où il résulte que ce début est fort loin d'être un caractère distinctif. Mais ces faux caractères ne sont pas les seuls, puisque nous avons vu que les *sudamina*, les épistaxis, les mouvemens spasmodiques, le météorisme, etc., sont des symptômes qui peuvent manquer aux plaques ou exister sans elles. La réfutation de cette tirade se trouvera toujours, quoi que puisse faire M. Louis, dans ses typhus latens et douteux.

Il nous dit que, dans l'entérite, la perte des forces est peu considérable et seulement en rapport avec l'abondance des évacuations alvines, et nous donne cela comme une preuve de l'absence des plaques. Mais il ne devait donc pas nous donner pour des typhus des affections à peine fébriles, avec forces à peines prostrées, dans lesquelles les intestins ont été perforés par l'ulcération des plaques elliptiques. C'est pourtant ce qu'il a fait, comme on peut s'en assurer en lisant le tome II de son ouvrage, de la page 431 à la page 450. On y trouvera trois observations qui n'offraient que l'aspect d'entérites assez bénignes, et cependant l'auteur nous dit, p. 431, que cette perforation est propre aux sujets atteints d'affections typhoïdes. Son assertion que la somnolence est extrêmement rare, en rapport avec la faiblesse, *sans* JAMAIS *être comparable à celle qui a lieu dans le cours de l'affection typhoïde,* est donc une insigne fausseté.

Les taches lenticulaires, les épistaxis, ne sont pas plus fréquentes, nous assure-t-il, dans l'entérite *que dans toute autre maladie aiguë.* Si elles sont communes à tant de maladies aiguës, pourquoi donc leur donner un rang si distingué parmi les signes du typhus? Cette réflexion est applicable aux *sudamina;* car s'ils sont *très rares* dans l'entérite, ils peuvent s'y rencontrer, et cessent ainsi d'être un caractère du typhus.

Quant au *délire,* nous ne reviendrons pas sur ce que nous en avons dit; mais il est important de nous arrêter un peu sur la *convalescence.* Elle est, suivant l'auteur, très rapide à la suite des entérites. Cette assertion est trop générale et fort trompeuse; cela dépend du degré de l'entérite. Il est si faux que la convalescence soit nécessairement rapide, que l'entérite tend le plus souvent à passer à l'état chronique, et que même il est quelquefois très difficile de l'en empêcher, car cette forme lui est très familière. Eh! que sont donc ces carreaux, affections des plus chroniques, si communes chez les enfans, sinon de véritables entérites? et les hypocondries, si fréquentes chez les adultes, ne tiennent-elles pas *souvent* à des entérites chroniques qui ont succédé à des aiguës à la suite des guérisons des prétendus typhus ou fièvres adynamiques de nos pseudo-browniens? Il est possible que M. Louis, élève non traitant et prosecteur dans une salle de la Charité, ne sût pas tout cela lorsqu'il composa son livre; mais il faut qu'il l'apprenne avant de se donner pour législateur en médecine... La convalescence, au contraire, est *presque* toujours lente dans le typhus, suivant le même auteur, *quel qu'en ait été le traitement....* Oh! ceci est par trop fort. Voilà d'abord un *presque* qui annonce des exceptions, et de suite l'on conçoit que la prévention peut les avoir exagérées. Ensuite nous demanderons à M. Louis s'il a été témoin de tous les modes de traitement qu'on peut opposer au typhus. Connaît-il les effets du traitement physiologique? où l'a-t-il vu mettre en pratique? assurément il n'a point été appliqué aux malades dont il nous a transmis les observations; il croit peut-être que, pour avoir reçu quelques saignées de bras, pendant qu'on leur donnait des bouillons, ou qu'on leur appliquait vésicatoires et sinapismes, ces malades ont été traités par une méthode vraiment antiphlogistique. Quand bien même ils n'auraient eu, après leurs saignées de bras, ni bouillons, ni topiques irritans, ni eau d'orge oximellée, ni petit lait, ni eau de veau; quand même ils n'auraient pris que de la solution de gomme ou de la limonade à peine acidulée (condition sans laquelle cette boisson est excitante), ils n'auraient pas encore été traités suivant la méthode physiologique. L'observation des effets de cette méthode était pourtant une condition de rigueur, avant d'oser affirmer que la convalescence des typhus est toujours lente, quel qu'ait été le traitement. D'ailleurs cette affirmation générale et exclusive sur la lenteur des convalescences, outre qu'elle est en opposition avec le *presque,* est essentiellement fausse. puisqu'elle n'a nul égard au degré d'intensité et à la durée de la maladie, qui sont le plus souvent, l'une et l'autre en raison du plus ou moins de temps qu'a persisté l'irritation du tube digestif qui a précédé l'état fébrile, et à la manière dont on l'a traitée. Si cet état d'irritation, qu'il appelle *prodrôme,* a été exaspéré par des fautes de régime, par des vomitifs ou des purgatifs dirigés contre un prétendu *embarras* (le beau mot!), la phlegmasie aiguë éclate avec plus de violence, est plus tenace, et conduit le sujet à une débilité beaucoup plus considérable, d'où résulte une convalescence plus difficile. Mais si la maladie est bien prise dès son début, et si les points de phlegmasie du tube digestif sont reconnus et combattus par des saignées locales et des topiques émolliens, à mesure qu'ils se déclarent, les symptômes typhoïdes sont souvent peu intenses, peu durables, et la convalescence est franche et rapide. Voilà des faits. Je sais qu'ils n'étaient pas connus à M. Louis lorsqu'il entreprit la rédaction de son code du typhus; mais du moins il a manqué de circonspection, et n'a nullement prévu à quoi il s'exposait en se dévouant, *quand même,* aux intérêts d'un parti.

Au surplus, dans les cas les plus graves, dans ceux où la maladie, négligée dans son début, a pu s'élever au summum d'intensité et de durée, à cause du temps nécessaire à la cicatrisation des ulcères, à la réparation des pertes de substance de la muqueuse, la convalescence n'est ni excessivement longue, ni très difficile; lorsque les excitans ne viennent pas l'entraver, et que les alimens ne sont donnés qu'après que tous les points phlogosés du tube digestif sont arrivés à leur solution.

Qu'est-ce, au surplus, qu'un caractère qui ne se tire que de la terminaison d'une maladie? Faudra-t-il donc, pour savoir si l'on a traité un typhus, attendre que le malade soit mort ou guéri? Nous avions déjà frappé cette manière de diagnostiquer du ridicule qui lui est si bien acquis; mais il est des écrivains qui refusent de lire, d'autres qui *parcourent* au lieu d'étudier, d'autres enfin qui ne comprennent pas ce qu'ils ont lu.

Ainsi le parallèle de M. Louis, loin d'établir des différences essentielles entre l'entérite et le typhus, démontre seulement que ces maladies ne diffèrent que par le degré et l'étendue de l'inflammation. Si l'entérite est seule, la possibilité de la digestion subsistera, il y aura même de l'appétence. Si la phlegmasie des intestins grêles n'est ni fort intense ni fort étendue, la maladie sera sans fièvre, comme l'est journellement l'entérite de plusieurs hypocondriaques, et nécessairement chronique. Si au contraire elle est intense et développée dans une certaine longueur du canal, il y aura de la fièvre, et l'estomac participera plus ou moins à l'irritation; dès lors, s'il y participe à peine, l'entérite, quoique fébrile, n'ôtera pas l'appétit, chose fréquente chez les enfans affectés de ce qu'on nomme fort improprement le *carreau :* s'il y prend part, l'appétit diminuera; il cessera même si la maladie s'accroît, parce que l'inflammation est rarement stationnaire dans les viscères; lorsqu'elle ne diminue pas, elle augmente et envahit des points qu'elle n'avait pas encore attaqués. Elle pourra donc

se convertir en vrai typhus si le malade est dans les conditions qui favorisent l'état aigu; s'il ne s'y trouve pas, et qu'il soit épuisé, ou dans la convalescence de quelques maladies, ou trop vieux, ou si l'action vitale est exagérée dans un autre appareil et a déjà épuisé le sujet, la gastro-entérite n'acquerra jamais assez d'intensité pour modifier le système cérébro-spinal dans la nuance qui donne le groupe des symptômes typhoïdes; elle l'épuisera plus ou moins vite ou lentement, et le conduira au marasme, à moins qu'une autre maladie ne le tue, ou qu'une ulcération produite par l'entérite ne perfore l'intestin et ne provoque une péritonite subitement mortelle. Or, comme cette perforation peut arriver à toutes les époques de l'entérite, attendu que la disposition aux ulcérations est une chose fort variable, on aura des exemples de perforation à toutes les époques de cette maladie; on en trouvera dans la gastro-entérite aussi bien que dans l'entérite simple; elles se présenteront chez celui qui mange et digère encore, comme chez celui qui ne digère plus; chez ceux qui conserveront assez de forces, comme chez ceux qui se trouveront dans le plus haut degré de la prostration, soit par l'excès de l'irritation transmise à l'encéphale (typhus), soit par un épuisement provenant de la surabondance des évacuations; chez le phthisique (M. Louis en cite des exemples), aussi bien que chez celui dont les poumons n'auront souffert aucune atteinte, etc. La plupart de ces faits, dont nous avons recueilli de nombreux exemples, se trouvent aussi consignés dans les ouvrages de Laennec et de M. Louis; mais ils n'y sont pas présentés comme ils devraient l'être.

Parmi les chances de l'entérite, soit simple, soit compliquée de la gastrite et de la duodénite, se trouve celle, par lui omise, de la péritonite sans perforation, par la simple progression de la phlegmasie de la muqueuse à la séreuse. Le passage se fait d'ordinaire dans le point le plus enflammé de l'iléum, au voisinage de la valvule. On ne connaît pas plus la prédisposition qui fait ainsi traverser l'inflammation, que celle qui la rend ulcéreuse et perforative, mais à coup sûr ni l'une ni l'autre ne sont des apanages exclusifs de la gastro-entérite à forme typhoïde.

Voilà ce que les faits nous obligent d'admettre concernant les rapports de l'entérite avec le typhus; bien entendu qu'on ne s'avisera pas de donner le nom d'entérite à l'inflammation bornée aux gros intestins. M. Louis a esquivé cette difficulté en n'accordant pas un mot à la cœco-colite ni à la colite pure et simple. L'a-t-il donc supposée impossible? Non, peut-être; mais il n'entrait point dans son plan de fixer sur cette phlegmasie l'attention de ses lecteurs. Tout est finesse, calcul dans les écrits de ce docteur, et tout tend sourdement à creuser une mine qui fasse crouler les Propositions de l'*Examen;* on dirait qu'il est commandé pour cela, comme le fut jadis Geoffroy pour saper la philosophie du dix-huitième siècle.

Si M. Louis eût entrepris de comparer les phlegmasies muqueuses des gros intestins avec celles des grêles, il eût été forcé de considérer les premières dans les diverses régions du dépôt stercoral. La dyssenterie se fût trouvée en contact avec le typhus, et ce dernier eût été plus difficile à spécialiser.

De plus, il eût fallu insister sur les cas où l'inflammation vient des intestins grêles, et les comparer avec ceux où, née dans les gros eux-mêmes, elle y reste fixée, ou s'élève, en franchissant la valvule, jusque vers l'iléum, le jéjunum, et même au-delà. Mais cette recherche aurait fait voir trop clair dans l'histoire de la diarrhée; il eût été dès lors difficile d'en faire un attribut de l'affection typhoïde; il l'eût été bien plus encore de soutenir que la diarrhée des typhisés est uniquement dépendante de l'intestin grêle; car enfin cette diarrhée est une diarrhée comme toute autre, et notre auteur n'eût peut-être pas conçu le projet de lui assigner un mécanisme particulier. L'échafaudage allait donc crouler.

L'adresse de M. Louis a su prévenir ce malheur: il a choisi pour exemple de son entérite les entéro-colites, considérées d'une manière générale, nullement approfondie; et n'ayant jamais eu à parler d'autre chose que d'entérites accompagnées de diarrhées, il a insinué, et puis posé insensiblement en principe que la diarrhée est un symptôme inséparable de l'entérite. Il ne s'agissait plus, après cela, que d'isoler cette entérite du typhus, et les plaques lui ont servi, *comme on l'a vu,* pour cet objet. Il a toujours pris soin, dans ses réflexions sur ces deux entités prétendues si différentes, de tenir sans cesse l'attention fixée sur la portion du canal supérieur à la valvule, de ne jamais montrer une diarrhée sans iléite, et par cet artifice, il a cru anéantir la distinction établie par nous entre la cœco-colorectite et l'entérite proprement dite.

Tous ceux qui ne jugeront de l'entérite et du typhus que par son ouvrage, n'auront donc nulle idée du rapport de ces deux maladies avec les épidémies dyssentériques, où le typhus est si fréquent, avec la phthisie pulmonaire et avec la diarrhée commune.

Sur ce dernier point surtout, ils resteront non seulement dans l'ignorance, mais encore dans l'erreur la plus dangereuse. En effet, il répète à chaque instant que la diarrhée peut avoir lieu sans lésion de la muqueuse du colon, comme la sueur sans lésion de la peau. Il va plus loin; car il attribue la diarrhée purement et simplement à la faiblesse: erreur grossière, et qui a été si formellement réfutée dans l'*Histoire des phlegmasies.* Ce qu'il y a de fort singulier, c'est qu'il résulte évidemment des sophismes qu'il a prodigués dans ses deux ouvrages, que la diarrhée ordinaire d'un homme bien portant dépend de la faiblesse, pendant que celle d'un phthisique, déjà épuisé, dépend d'un principe tuberculeux et ulcéreux, et même bien souvent de l'inflammation.

Si M. Louis eût voulu dire que la faiblesse peut être cause de la diarrhée, en ce sens qu'elle fait faire de mauvaises digestions lorsque l'estomac est débile ou les alimens difficiles à assimiler, il aurait eu raison; car, mal élaborés, les résidus de la digestion irritent le colon, qui se hâte de les expulser; encore eût-il fallu ajouter que cette stimulation conduit, si elle persiste, la muqueuse de cet intestin à l'état inflammatoire, qui est alors consécutif à la débilité de l'estomac. Mais ce n'est pas cela qu'il entend, car il ne s'en est jamais douté: il considère la diarrhée à la manière des browniens; il y veut faire voir un relâchement, un défaut de vitalité proportionné à la faiblesse générale, et qui ne permet pas au colon de supporter le poids des excrémens. Or, c'est une grave erreur; car lorsque le colon manque de vitalité, il garde les matières au lieu de les expulser, comme on le voit dans toutes les paralysies provenant des affections de la moelle épinière. Si la diarrhée survient ensuite dans ces maladies, c'est toujours parce qu'une inflammation descendue des intestins grêles, ou provoquée par celle des nerfs lombaires, vient ranimer la vitalité des gros intestins. On voit de

combien d'erreurs fourmille la théorie de M. Louis sur l'entérite, et combien ce parallèle, dont il fait tant de bruit, est fautif et dangereux pour la jeunesse qu'il veut instruire.

Après avoir rétréci et défiguré, chacun en particulier, tous les admirables phénomènes que la nature déploie dans la gastro-entérite aiguë, M. Louis les dispose dans un ensemble dont il fait un tableau, selon lui, décidément caractéristique. Il s'agit de cette succession des symptômes dans un certain ordre, et pendant une durée déterminée, qui doit suppléer à l'insuffisance de chacun d'eux en particulier, pour caractériser le typhus, et fournir enfin un large et imposant piédestal à cette entité.

C'est à cette œuvre que nous allons maintenant le contempler : après quoi, nous essaierons de mettre à l'épreuve la solidité de son artifice.

Après quelques discussions sur les symptômes, l'auteur dit qu'on pourrait caractériser ainsi l'affection typhoïde : « Maladie aiguë, accompagnée d'un mouvement fébrile plus ou moins intense, variable dans sa durée, propre aux jeunes sujets, principalement à ceux qui se trouvent depuis peu de temps au milieu de circonstances nouvelles pour eux; dont la cause est inconnue; débutant par un frisson violent, l'anorexie, la soif, et dans la très grande majorité des cas, par des coliques et la diarrhée; bientôt accompagnée d'une faiblesse peu en proportion des autres symptômes; puis plus ou moins promptement de somnolence, de stupeur, de délire, de météorisme, de *sudamina*, de taches roses lenticulaires, d'escares au sacrum, d'ulcérations plus ou moins profondes de la peau, dans les points occupés par les vésicatoires, de surdité, de mouvemens spasmodiques, ou de contractions permanentes des membres; symptômes dont les uns se dissipent après un certain temps, les autres augmentent, pour la plupart, d'une manière progressive, quand les malades succombent, ou diminuent plus ou moins rapidement pour disparaître enfin tout-à-fait, si l'affection a une heureuse issue; dont le caractère anatomique consiste dans une altération spéciale des plaques elliptiques de l'iléum. » (T. II, p. 317.)

On voit que le mot d'inflammation n'est pas même prononcé, quoique l'auteur ait fait figurer l'inflammation dans toutes les altérations organiques essentielles ou accessoires de sa typhoïde. Mais cette conclusion était préparée; car il avait eu soin de ne pas toujours les attribuer à l'inflammation, en désignant quelques nuances qui, selon lui, n'en dépendaient nullement.

Cette précaution était de rigueur, car s'il n'eût accusé que l'inflammation, on aurait pu lui dire que ce phénomène peut être arrêté dans sa marche, et que, par conséquent, la maladie ne doit pas *nécessairement* acquérir toute l'intensité qu'il lui prête pour lui trouver des caractères essentiels. Il a donc cru pouvoir prévenir cette objection en subordonnant l'inflammation à la *maladie*, c'est-à-dire en établissant que cette dernière n'altère pas toujours les tissus en les enflammant, mais qu'elle les altère constamment, soit de cette manière, soit d'une autre. D'où résulte que l'*altération* est son effet nécessaire et caractéristique, tandis que l'inflammation n'est qu'un de ses effets éventuels, déterminé par certaines circonstances. Au reste, demandez-lui quels sont les modes d'altérations non inflammatoires, et vous l'entendrez répondre qu'ils sont spéciaux ou spécifiques.

Certes voilà du vague, des précautions pour ne s'engager à rien, et pour prévenir l'accusation d'avoir une doctrine. Il est vraiment étonnant qu'un homme qui tire ainsi la science par la queue puisse trouver de nos jours des partisans. Mais nous n'avons pas encore signalé le point le plus mystérieux de sa théorie. Quelle est la maladie qui altère ainsi les tissus ?... c'est le typhus... qu'est-ce que le typhus ? c'est le groupe de symptômes qui vient d'être exposé; mais dans l'ordre et avec toutes les conditions qui lui ont été imposées, c'est-à-dire avec des plus et des moins, avec la présence ou l'absence de quelques-uns de ses symptômes (les mots débutant par un frisson violent, l'anorexie, la soif *dans la très grande majorité des cas*, en sont la preuve; car ils prouvent que ces caractères peuvent manquer); c'est, disons-nous, le groupe en question avec la supposition qu'on a mis des vésicatoires, etc.; enfin avec celle que la maladie est terminée. Nous avons une observation décisive, ce nous semble, à faire ici. Si l'entité ou l'être typhus n'est constituée que par la réunion de tous les attributs énoncés dans la définition qu'on vient d'entendre, elle n'existe pas avant la terminaison de la maladie. Qu'est-ce donc qui produit tous les symptômes et tous les désordres qui précèdent et préparent cette terminaison ?

Les partisans de l'auteur répondront que c'est une cause inconnue; mais cette réponse ne vaudra rien, puisqu'on prétend que c'est la maladie et non sa cause qui désorganise. La cause doit en effet produire d'abord la maladie, et celle-ci les altérations et les symptômes, ou les symptômes et les altérations, comme l'entendra l'ontologiste; autrement la cause se confond avec la maladie, et il n'y a plus moyen de s'entendre.

Mais voici bien une autre difficulté : si la maladie, qui est un composé de symptômes et d'altérations, produit et les symptômes et les altérations, il en résulte que les altérations et les symptômes sont produits par eux-mêmes, puisqu'elle n'est composée que de symptômes, et voilà bien la répétition de ces absurdités métaphysiques que nous avons nommées l'*ontologie médicale*. Ainsi cette hydre, en apparence terrassée, pousse ici une nouvelle tête, dissimulée par le masque du calcul et d'un scepticisme prétendu philosophique. Ainsi, ni le ridicule de créer une maladie qui ne peut réunir tous ces caractères distinctifs que lorsqu'il n'est plus temps de la traiter; ni la difficulté de la présumer avant cette époque par la compensation d'une foule de symptômes dont plusieurs ne sont qu'en partie développés, ou peuvent cesser d'un instant à l'autre, ni la possibilité avouée que tous ces symptômes soient illusoires et que les plaques n'existent pas; ni celle que les plaques existent, quoique les symptômes formant les attributs de l'entité soient en défaut, rien n'a eu le pouvoir d'arrêter M. Louis dans sa création ontologique. Il a pu supposer ses contemporains assez stupides pour se laisser imposer une méthode aussi absurde que celle qu'il a empruntée aux classiques des époques de mysticisme et d'ignorance en anatomie pathologique. Et c'est lui qui se donne un air de supériorité sur les médecins physiologistes, et qui ose avancer qu'ils n'ont produit encore aucun travail capable de faire connaître les inflammations de l'estomac...

Mais laissons les réflexions générales, et passons avec lui au chapitre des causes; car nous avons assez parlé de ses *typhus latens* et de ses *affections typhoïdes simulées*. Il dit bien en passant quelques mots sur l'état du sang; mais c'est seulement pour faire remarquer que tantôt il offre des couennes, que tantôt il n'en offre pas, et que ces couennes varient en couleur, en consistance et en aspect. Il ne donne point une juste idée des différences de com-

position qui séparent l'état normal des humeurs de celui où le mettent les diverses nuances de son entité typhoïde; et, dans le fait, cela n'était pas bien nécessaire, puisque les indications curatives ne se tirent point de ces différens états, et qu'on ne peut agir sur les fluides qu'en modifiant d'abord l'action des solides. Occupons-nous donc des causes.

Notre auteur fait parade de la plus profonde ignorance sur cette question. Il saisit en homme habile cette occasion qu'il croit favorable pour isoler de plus en plus l'entérite du typhus, car il ne perd jamais de vue son objet favori, celui de saper la doctrine physiologique. A l'en croire, tandis que les causes de l'entérite *sont souvent* évidentes, celles de l'affection typhoïde sont inconnues. Pour la gastrite, il n'en parle pas, puisqu'elle n'est pas connue, personne n'en ayant encore donné les vrais caractères. Ce qui veut dire que personne ne l'a traitée à la manière de M. Louis. Quant à la complication des deux, ou à la gastro-entérite, fi donc! il n'en est plus question depuis long-temps; c'est-à-dire depuis que M. Louis a protesté, la main sur sa conscience, que toutes les gastrites qui se rencontrent chez les typhisés sont secondaires et un pur et simple effet ou de la fièvre produite par l'entité, c'est-à-dire, en partie par elle-même, puisque la fièvre est au nombre des principaux attributs du typhus, ou des plaques, puisque les plaques qui n'ont point de causes sont responsables de tout, même de l'entité, lorsqu'elles ne sont pas la même chose qu'elle, ce qui dépend de la disposition d'esprit et de jugement où se trouve notre écrivain.

Ainsi, point de cause; mais cependant, et sans doute par manière d'acquit, il va répéter *ce que l'expérience a déjà appris sur quelques-unes des circonstances qui favorisent le développement de cette maladie* (t. II, p. 451). Quelle réserve pour un homme qui n'a pas craint d'affirmer cent fois, contre l'évidence, que l'estomac n'était point malade au début, lorsque tout annonçait son irritation; que l'intestin grêle était plaqué dans des cas où rien au monde n'indiquait l'affection de cet organe; que l'inflammation n'avait point existé dans des tissus évidemment désorganisés par elle; que les prodrômes s'étaient développés spontanément lorsque les sujets avaient commis des fautes de régime, ou avaient continué de travailler étant déjà malades; que des traitemens fort différens n'avaient porté aucune influence sur la marche des inflammations; que les plaques seules pouvaient expliquer des symptômes nerveux intenses et multipliés chez une jeune fille tourmentée d'abord par des affections nerveuses, ensuite par des drogues stimulantes, qui avaient manifestement exaspéré sa maladie! En somme, M. Louis affirme lorsque l'affirmation est favorable à la cause qu'il a entrepris de plaider, et doute ou nie lorsque les vérités les mieux établies lui semblent devoir nuire aux intérêts de son parti. Telle est sa loi suprême; elle nous explique assez tous les efforts, que ne cesse de faire son parti pour l'élever au plus haut degré de la hiérarchie médicale.

Les circonstances sur lesquelles il se propose de faire des recherches sont l'âge, le changement d'habitude, et peut-être le sexe.

Nous ne le suivrons point dans ce chapitre, le plus sec et le plus stérile de tous : tant étaient de tel âge, et tant de tel ou tel autre; tant étaient à Paris depuis telle ou telle époque; tant avaient fait des excès de table, et tant avaient eu des peines morales, etc. Il a vu sa maladie de quinze à trente-neuf ans; plus souvent chez les nouveau venus à Paris que chez ceux qui habitaient cette ville depuis long-temps. Il l'a vue chez tous les tempéramens et chez les personnes sobres, comme chez celles qui se livraient à des excès, et dans presque toutes les professions. Il n'en accuse ni les peines morales, ni les excès de travail, ni même l'abus des passions. Enfin, pour conclusion, nous apprenons de lui que la plus grande obscurité règne sur les causes de l'affection qui l'occupe (t. II, p. 457). Belle instruction pour ceux qui cherchent dans l'étiologie des moyens prophylactiques contre les maux de l'espèce humaine!

Il résulte pourtant un fait de ses calculs : c'est que l'inflammation de l'intestin grêle produit plutôt des plaques depuis la puberté jusqu'à quarante ans que dans les autres âges de la vie; mais il faudrait bien se garder d'en conclure qu'elle ne produit les symptômes typhoïdes que dans les cas où elle occasionne ces plaques. C'est là l'erreur perpétuelle de l'ouvrage qui nous occupe, et sans cesse elle reparaît, malgré les faits cités par l'auteur lui-même, qui en contiennent la réfutation.

En somme, si l'on veut connaître la raison pour laquelle notre auteur n'a pu assigner de cause à son typhus, nous dirons en deux mots que c'est uniquement parce qu'il a refusé de l'attribuer à l'inflammation de la muqueuse du tube digestif.

Nous arrivons enfin au *traitement :* c'est ici la partie la plus insidieuse de l'ouvrage. L'auteur ne sait quels effets ont produit les traitemens qu'il a rapportés. Il a recours aux chiffres, et ses calculs n'apprennent rien. Il recherche successivement les effets de la saignée, des toniques et des vésicatoires. Parmi les typhus terminés par la mort, tant ont été modifiés de telle manière, et tant l'ont été de telle ou telle autre; même calcul pour les typhus graves ou légers qui *ont guéri,* puis à la fin l'auteur ignore constamment si l'art en a guéri un seul.

Voilà de belles données à présenter à des médecins qui connaissent les procédés de la méthode physiologique! elles sont dignes de la barbarie du douzième siècle, et parfaitement en rapport avec ce qui précède. M. Louis, dans son acharnement contre la méthode physiologique, néglige toutes les données qu'elle fournit à l'art. Ne prenant point pour base de ses vues thérapeutiques une inflammation que l'on voit souvent naître, et que l'on peut suivre de l'œil dans les différens points du tube digestif, il n'a eu garde d'apprécier les efforts que l'art peut faire pour éteindre cette phlegmasie à ses différentes époques, ou pour la détourner. Il la prend toute formée, parvenue à son summum, accompagnée d'altérations plus ou moins profondes qu'elle a produites; il fait de ces altérations des nécessités de son existence, et les suppose même préexistantes à son développement; ensuite il en abandonne la guérison on ne sait à quoi; car vraiment il est difficile de se rendre compte de ce qu'il veut dire. Est-ce la nature qui guérit ou qui tue? et, dans ce cas, quelle idée faut-il se faire de cette nature? Est-ce l'entité-typhus qui est douée d'une marche fatale vers la guérison ou vers la mort? Dans cette hypothèse, à qui appartient la marche? est-ce au groupe de symptômes, ou bien aux plaques, ou à un *divinum quid?* Et si la réunion de toutes les altérations que l'on a trouvées constitue cette entité, quel est le principe qui les domine et qui les fait marcher? En un mot, à quoi tient la fatalité?

M. Louis fait agir sur ce confus je ne sais quoi, les trois ordres de moyens que nous venons d'indiquer; il suppute, et ne sait, à la fin du compte, s'ils ont fait du bien ou du mal. Ce qu'on obtient

de plus positif de sa plume sceptique, ce sont les mots suivans : « Cette influence (celle des moyens thérapeutiques), bien que bornée, me semble réelle. » (T. II, p. dernière.) C'est sur le hasard, et sur l'observation faite à sa manière, que se fonde tout son espoir. Il en espère un spécifique semblable au quinquina, à l'opium et à la vaccine. C'est une manière bien mesquine de dissimuler les admirables résultats que nous a déjà donnés l'observation physiologique. On ne saurait témoigner plus d'ignorance de cette méthode, plus d'indifférence sur la vérification des expériences qu'elle a suggérées, et par la même raison pour les progrès de la science. Quoi! lorsque des hommes laborieux et véridiques ont recherché les sources de votre typhus, ont démontré qu'elles étaient dans l'inflammation, ont prouvé qu'on pouvait très souvent l'empêcher d'arriver au degré qui produit les symptômes typhoïdes, les seuls qui signalent un grand danger; ont travaillé avec une attention soutenue à déterminer quelles sont les médications les plus favorables à la guérison des altérations organiques que cet état suppose; lorsque ces hommes sont multipliés; lorsqu'ils ont donné des preuves de bonne foi, de philantropie, vous osez faire un traité sur le même sujet avec les marques de la plus complète ignorance de tous leurs travaux, et dans votre superbe indifférence, terminer cette œuvre impie par la désolante conclusion que l'art ne peut presque rien sur le typhus, et qu'il faut attendre du hasard et du temps un spécifique; et vous n'avez même pas la conscience de discuter, ni même de mentionner leurs travaux, d'en dire assez pour porter la jeunesse à les consulter? Il semblerait, à vous lire, qu'on n'a jamais traité le même sujet (quoique vous ayez dit le contraire dans votre début); que vous le découvrez, que vous l'inventez, et qu'il n'y aura jamais autre chose de mieux à faire que de partir de vos erremens pour l'approfondir.

La méthode de M. Louis est absolument conforme à celle des psycologistes et des théologiens, qui continuent de disserter à perte de vue en partant de certains faits supposés, dont on a depuis long-temps prouvé la fausseté, sans jamais se mettre en devoir d'y remonter pour leur rendre l'authenticité qu'ils ont perdue. Tous ces gens comme il faut se mettent fièrement au-dessus de la logique; ils affirment d'un ton ferme et raisonnent à leur manière d'après des assertions substituées aux faits. Ils sourient de pitié lorsqu'on leur fait des objections, et continuent à dogmatiser sans se donner la peine d'y répondre.

Ne croyez pas toutefois que M. Louis et les siens n'aient tiré aucun profit des travaux des physiologistes. Comparez les époques diverses des observations qu'il rapporte avec les traitemens qu'on a suivis, vous verrez qu'à partir de 1822 la stimulation va toujours en diminuant, et qu'on arrive au point de ne plus y recourir qu'après un traitement antiphlogistique prolongé, dans les cas du moins où l'auteur a jugé à propos de nous parler du traitement après le premier et le second jour.

Aussi n'est-ce pas dans les observations où le kina, le camphre, le musc, les teintures alcoholiques ont été administrés dès l'apparition des premiers symptômes typhoïdes, que M. Louis va chercher les trois exemples de succès des toniques qu'il a cités; c'est dans trois observations où l'on a attendu la cessation de la fréquence et de la chaleur fébrile pour les administrer. Ces faits sont de 1822 et 23; mais ils doivent être plus rares dans ces années qu'ils ne l'ont été depuis, si j'en juge par les prescriptions des premiers jours dans les observations terminées par la mort.

Ce qu'il y a de plus positif encore, c'est le soin que prend l'auteur de répéter à plusieurs reprises, dans son traitement général, depuis la page 511 jusqu'à la fin, le précepte de ne recourir aux toniques que lorsque le pouls est devenu aussi lent ou même plus lent que dans l'état normal, et la chaleur douce et faible, d'âcre et brûlante qu'elle était pendant que les inflammations subsistaient encore. Ce conseil est répété avec une affectation marquée. C'est un aveu arraché par la puissance de la vérité à la conscience de l'auteur. Mais il a pris ses précautions pour pouvoir y céder sans paraître avoir fait de concession aux physiologistes. C'est ce qu'il est bon maintenant de faire connaître à nos lecteurs.

M. Louis n'a point reconnu l'inflammation pour la cause fondamentale des phénomènes du typhus. Il lui est donc loisible de dire que l'entité ou la maladie qui les produit, tantôt est inflammatoire, et tantôt ne l'est pas. Vous voyez la conséquence : est-elle inflammatoire, traitez-la par les antiphlogistiques; a-t-elle cessé de l'être, et la faiblesse est-elle dominante, opposez-lui les toniques, sans quoi vous êtes exposés à voir périr le malade.

En supposant que ces deux préceptes soient justes, ce que nous allons examiner, toujours est-il, monsieur Louis, que les médecins de votre parti n'ont établi cette distinction que depuis que les nôtres leur ont prouvé que la débilité ne forme pas l'essence du typhus depuis le commencement jusqu'à la fin, comme ils le croient encore dans les cas cités par vous, où ils se précipitent dans le brownisme aux premiers signes de stupeur et de prostration. Or, bien nous est permis de signaler, en passant, l'influence qui les a tirés d'une si déplorable erreur. Ils concèdent donc, suivant M. Louis, leur fidèle interprète, que le typhus doit d'abord être traité négativement, malgré la stupeur, les spasmes, la prostration, la somnolence, autant de temps qu'il y a forte chaleur avec la fréquence du pouls, et que le corps n'est ni exsangue, ni trop amaigri. C'est beaucoup que cela, et nous devons en prendre acte. Mais ils veulent que si le malade n'entre pas en convalescence après plusieurs jours de ce traitement, les phénomènes nerveux qu'ils attribuaient la veille à l'inflammation soient attribués le lendemain à la débilité, et qu'on prodigue les toniques. Je dis que l'*on prodigue*, etc., M. Louis est positif sur ce point : les petites doses de quinquina lui paraissent tout-à-fait inertes. Selon lui, soit que le malade meure, soit qu'il guérisse, le médecin doit l'avoir stimulé pour avoir rempli sa mission. C'est bien assez d'avoir consenti à abandonner les toniques dans les premiers temps, on ne saurait, sans exclusisme, avouer que la maladie est la même depuis le commencement jusqu'à la fin. Il faut être éclectique et concilier les opinions opposées. Voilà ce qui se passe dans le fond de la tête de nos docteurs.

Ils ne craignent pas le témoignage des nécroscopies : si le malade meurt après avoir été stimulé, on dira qu'il n'y a plus d'inflammation; pour peu que la lividité et la mollesse aient succédé à la rougeur et à l'excès de rénitence, et si les dernières traces existent encore quelque part, on assurera qu'une inflammation qui a résisté aux antiphlogistiques un certain nombre de jours ne doit plus être traitée par les toniques. Ainsi, quoi qu'il arrive, on n'aura jamais tort.

Le malade guérit-il, l'honneur en revient aux toniques, sans le secours desquels il allait s'écrouler

après les saignées du début, comme un vieux mur ébranlé par les coups redoublés du bélier. La convalescence est-elle prompte, triomphe, *Te Deum!* Sans les toniques, il allait périr, ou rester dans une débilité déplorable. La convalescence est-elle longue, que voulez-vous? c'est un des caractères du typhus. Cette entité n'est quelquefois complétée qu'après deux ans de convalescence.

Je vous défie, cher lecteur, de trouver ces doctrinaires en défaut, si vous avez la bonté de leur accorder leurs prémices, c'est-à-dire une entité composée d'un groupe de symptômes qui ne sont essentiellement ni rouges ni noirs, ni chauds ni froids, mais qui peuvent être tout cela, ou successivement, l'un et l'autre, afin que tous les oracles classiques soient accomplis.

Ici donc nous sommes obligés de nous inscrire formellement contre les assertions pratiques de M. Louis : il le faut bien toutes les fois que ses erreurs procèdent moins de sa logique que de sa manière d'observer.

Je dirai d'abord que les saignées du bras, les seules qu'il veuille accorder, et les boissons émollientes, prises en aussi grande quantité que le malade peut les supporter (ce sont ses expressions), ne donnent nullement la mesure de la puissance du traitement antiphlogistique. La gastro-entérite aiguë typhoïde est une des phlegmasies où la lancette a le moins à faire; un petit nombre de phlébotomies suffit; si la maladie n'y cède pas, la répétition de cette émission jette le malade dans une extrême prostration, le précipite dans un marasme prématuré et le rend souvent incurable. Le meilleur mode d'émission sanguine est celui des saignées locales, et surtout des sangsues apposées, non pas nécessairement en abondance, mais en nombre proportionné aux forces, sur les points de la cavité abdominale où la phlegmasie prédomine. Mais il faut en reconnaître les points pour pouvoir les attaquer; car si l'on soutient *mordicus*, avec notre auteur, que la maladie est constamment dans les plaques, on négligera le moment opportun d'agir, soit à l'épigastre, soit à l'anus, soit dans les flancs, les hypocondres ou les divers trajets du colon, et l'on n'obtiendra pas les résultats qu'on s'était promis.

Les boissons trop copieuses, quelque émollientes qu'elles soient, entretiennent l'inflammation, quel que soit le point où elle prédomine, dans les voies digestives; elles sont nuisibles surtout après les saignées générales abondantes, et souvent causent le vomissement ou déterminent la diarrhée par une indigestion d'eau : il faut donc les ménager. Mais si les saignées locales sont pratiquées à propos sur l'estomac et sur la région duodénale, la soif cesse, et l'on fait très bien alors de ne pas gorger les malades de boissons; il importe de n'en donner qu'autant qu'il en faut pour soutenir le malade, de ne jamais forcer l'absorption dans les intestins grêles enflammés, et de l'obtenir par la voie du gros intestin, s'il n'est pas malade, afin d'entretenir la sécrétion urinaire. Si l'on agit autrement, si l'on entonne le malade de boissons lorsque la gastrite prédomine, si l'on multiplie les lavemens quand le colon est phlogosé, ce qu'indique toujours la diarrhée, quoi qu'en puisse dire notre subtil calculateur, on empêche la résolution des phlogoses et l'on entretient l'état aigu.

Voilà la meilleure méthode; celle qui abrège la durée des gastro-entérites; celle qui empêche qu'elles ne dégénèrent en typhus, et qui suspend les symptômes dans celui-ci, et les empêche de conduire les sujets au dernier degré de l'épuisement. Nous l'exposons ici, quoiqu'elle l'ait été depuis peu dans nos leçons imprimées, afin de prouver aux médecins qui auront lu l'ouvrage de M. Louis que dans toutes ses observations il ne cite pas un seul exemple de traitement antiphlogistique bien appliqué. Ils peuvent le relire après avoir essayé la méthode que nous indiquons, et ils seront convaincus que c'est à tort et contre la vérité qu'il a dit que les sangsues ne convenaient jamais dans le typhus, et que, quel que fût le traitement, la maladie poursuivait impérieusement sa marche fatale.

Les vésicatoires, les sinapismes, les fomentations aromatiques opposées au météorisme n'entrent point, comme on peut bien le penser, dans le traitement antiphlogistique, et toutes les fois qu'on en a fait usage, il ne faut pas se flatter de l'avoir suivi. M. Louis a bien raison de condamner les deux premiers de ces moyens; mais à qui doit-il cette idée?... combien d'années n'y a-t-il pas que les physiologistes ont écarté ces moyens de la cure antiphlogistique? ils ne les proscrivent pas cependant; ils les réservent pour l'époque où la révulsion peut être tentée sans danger.

Reste enfin la fameuse question des toniques : ces messieurs les veulent, à quelque prix que ce soit, même par la voie de l'estomac, pour les typhus avancés, comme ils les ont voulus pour la période algide du choléra. Y renoncer, ce serait abdiquer le dernier siècle, et les éclectiques ne peuvent s'y résoudre. Il doit y avoir du bon; c'est leur devise. Cherchons donc la valeur de cette espèce de médication. Ils nous assurent, en apparence de la meilleure foi du monde, que les malades ne guériraient pas sans cela; mais j'atteste, de mon côté, que j'en guéris tous les jours, et des plus adynamiques, sans sulfate de kinine, sans vin et sans serpentaire de Virginie. Je proteste qu'il m'arrive très souvent, après avoir éteint l'inflammation par les saignées, soit générales, soit locales, de laisser pendant deux jours les malades dans la prostration. Je ne la redoute plus lorsque la fréquence du pouls a cessé ou seulement beaucoup diminué. Je donne de l'eau sucrée ou de la limonade, et je prédis, pour le second ou le troisième jour, le retour des forces, qui amène celui de l'appétit. Alors les légers bouillons ou l'eau laiteuse sont accordés; et loin d'avoir de ces longues convalescences, si nécessaires au complément de l'entité typhoïde, j'en ai de très rapides; car, après quelques jours de boissons légèrement nutritives, les alimens peuvent être accordés et augmentés en peu de temps avec le plus grand succès; ce qui n'arrive guère quand on a stimulé et prodigué les restaurans au moment où le mouvement fébrile vient de céder.

Je ne crois donc point à l'assertion de M. Louis, proclamant à son de trompe que si les malades ne sont tonifiés au moment où le pouls perd sa fréquence, ils ne pourront jamais se relever. Cela peut être dit de bonne foi; mais qu'il essaie notre méthode, et sa conviction changera. C'est une fiction que cette adynamie typhoïde sans fréquence du pouls et sans chaleur fébrile, après les saignées. C'est un subterfuge ingénieux pour ne pas abandonner les toniques, pour leur conserver un rôle de quelque importance dans le traitement d'une entité dont ils étaient naguère les spécifiques. C'est un moyen de se soustraire à une influence qu'on a subie malgré soi, celle de la méthode physiologique, et d'épargner à l'amour-propre un aveu qui coûte. Voici le mot : en plaçant cette débilité consécutive sous l'influence du typhus, on la met sur la même ligne que l'inflammation, que l'état bi-

lieux, que l'état nerveux; l'on a l'air de se rallier aux anciens, qui admettaient tous ces états dans une même maladie, comme ses effets et son ouvrage, et l'on fait fi des médecins physiologistes, comme s'ils n'avaient rien découvert dans la science. Cet heureux subterfuge autorise même à ne rien dire des leçons qu'on a reçues d'eux, et M. Louis en a usé en disciple digne de ses maîtres.

Pour terminer sur les toniques, nous ne prétendons pas nier qu'ils ne puissent être fort utiles à la suite des pertes de sang excessives, soit spontanées, soit provoquées. Nous les avons quelquefois employés dans ces cas avec un succès non douteux. En effet, que la phlegmasie soit totalement emportée, ou qu'il en reste dans quelque point du canal, l'important est que le sang ne manque pas au cerveau, car la mort en serait la suite nécessaire. Lors donc que le filet du sang artériel est trop exigu à la suite des hémorrhagies excessives, il faut exciter le cœur et ranimer un peu le canal pour qu'il puisse faire l'absorption. Il le faut, quand bien même il resterait un point de phlegmasie circonscrit dans l'estomac, le duodénum, ou quelque intestin : il le faut, sauf à revenir ensuite aux émissions sanguines locales, si cette phlegmasie ranimée tend à se propager de nouveau.

Reste à déterminer quelle est la voie la plus avantageuse pour le coup de fouet que l'on veut donner : c'est l'analyse physiologique des fonctions et non l'idée grossière d'une entité morbide, comprimant tout l'organisme qui fera connaître cette voie. La stimulation de la peau doit être tentée la première : le calorique, les rubéfians instantanés sont les moyens qui s'offrent d'abord. La stimulation interne se décide d'après le lieu où prédominait l'inflammation qui a précédé la perte du sang : était-elle vive dans l'estomac, gardez-vous de stimuler par cet organe; vous vous en repentiriez deux heures après. N'accordez même pas des boissons trop acides : une boisson sucrée suffira pendant la stimulation de la peau. C'est le concours de ces deux moyens qui nous a le plus servi dans ces sortes de cas. Si le colon est sain, on peut porter la stimulation sur la surface de cet intestin; elle agira aussi puissamment qu'on pourra le souhaiter, si les deux moyens précédens marchent de concert avec elle : c'est dans ces cas qu'un lavement avec le sulfate de kinine peut être utile. Si le colon est trop enflammé, ce n'est point sur lui qu'on doit frapper. L'estomac sain en peut sans doute choisir l'ingestion pour ranimer l'action du cœur par les diffusibles; mais si ces deux voies internes sont également fermées par l'inflammation, je ne vois vraiment que la stimulation extérieure qui soit indiquée jusqu'au moment où la circulation est rétablie et où l'absorption des liquides muqueux et sucrés est devenue possible par la surface interne des voies digestives. Aller au-delà, et se faire une loi de donner pendant plusieurs jours de suite des potions kinacées ou kininées, camphrées, musquées et virginisées aux typhisés que les antiphlogistiques viennent de jeter dans la prostration, c'est prolonger la maladie, et préparer une convalescence longue, difficile, sujette aux rechutes, et qui certes est bien loin de devoir faire partie des caractères de la maladie principale. Il est un point important sur lequel nous craindrions d'être mal interprétés par les malveillans; car nous en comptons beaucoup, sans rien dire de ceux que nous ne pouvons pas compter; et ce point va terminer nos réflexions.

Il est certain que tous les malades auxquels on enlève facilement la gastro-entérite, même typhoïde, dans l'espace de quelques jours, n'ont point eu d'altération profonde, soit en ramollissement, soit en ulcération, dans le canal digestif. Nous pouvons affirmer cela, contradictoirement à M. Louis, parce que nous avons plusieurs fois ouvert dans cette période des soldats qui s'étaient donné la mort. Nous avons en effet rencontré chez eux des rougeurs et des gonflemens des follicules, plus ou moins considérables, suivant la région où prédominait la phlogose, et nous avons pu comparer les symptômes avec ceux d'autres sujets qui ont eu le bonheur de guérir dans la même période. Mais quant à ceux qui ont passé par tous les degrés de l'adynamie dans l'espace de quinze, vingt, quarante, cinquante jours, et qui n'ont pas succombé, il n'est pas permis de douter que ce retard de guérison n'ait été nécessité autant par la lenteur des cicatrisations que par la multiplicité des points de phlegmasie, et jamais par la faiblesse pure et simple. Je ne parlerai pas avec détail de la meilleure manière de conduire ces malades à la convalescence : il me suffira de dire, en général, que, passé une certaine période, la saignée ne convient plus, et qu'il faut les nourrir avec des boissons fort douces en attendant que la nature ait achevé son travail. Notre opinion est d'ailleurs qu'aucun de ces sujets ne se sauve de la stimulation tonique des ontologistes.

Mais c'est à la convalescence de ces derniers malades que j'en veux venir : on ne doit pas s'attendre qu'elle sera d'abord rapide. L'expérience nous a montré qu'ils restent pendant douze ou quinze jours dans un état extrême de faiblesse, avec peu d'appétit, et presque sans faire de chairs. Si l'on s'avise de vouloir hâter la marche de ces sortes de convalescences, la gastrite, la diarrhée ou une péritonite, avec ou sans perforation, vous les enlèvent bien souvent. Si l'on attend avec patience, en leur donnant de légers bouillons, de l'eau laiteuse ou du lait d'ânesse, etc., ils finissent d'ordinaire, au bout de la quinzaine, par sortir de leur faiblesse, par prendre un grand appétit; et, à partir de ce moment, leur convalescence marche avec autant de promptitude que celle des sujets qui n'avaient pas éprouvé d'altérations organiques.

Non, non, je le répète en terminant; non, il n'est nullement vrai que la lenteur des convalescences soit un des attributs du typhus, et tous ceux qui languissent pendant des mois à la suite de ces maladies sont des sujets qu'on a stimulés à contre-temps, et chez lesquels on a, par cette pernicieuse pratique, empêché la résolution de plusieurs points partiels de phlegmasie, soit dans l'estomac et le duodénum, soit dans la région iléo-cœcale, ce qui est le plus ordinaire; soit enfin dans tout autre point du canal; sans parler des phlegmasies secondaires, dont une fausse médication ou un régime mal entendu peuvent également prolonger la durée.

Nous ne porterons point de jugement général sur M. Louis; notre but n'est nullement de le molester. Nous n'avons eu pour objet, dans ce qui concerne cet auteur, que de lui aider à se corriger s'il en sent le besoin, et s'il en a le désir.

CHAPITRE V.

SUITE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — ELLE ÉPROUVE DES MODIFICATIONS. — SON APPLICATION A L'INFLAMMATION EN GÉNÉRAL PAR M. GENDRIN.

Le *grand Dictionnaire des Sciences médicales*, le *Traité de l'auscultation médicale* de feu Laennec, et les deux ouvrages de M. Louis, que nous venons de parcourir, sont les principaux dépôts de la doctrine anatomico-pathologique primitive de France; mais on peut y remarquer plusieurs nuances. Les anatomo-pathologistes du dictionnaire et Laennec veulent soumettre la pathologie aux altérations organiques; Laennec applique cette doctrine aux maladies de la cavité thoracique. M. Louis s'attache aux tubercules pulmonaires, et leur subordonne non seulement toutes les phthisies, mais encore les productions tuberculeuses de tous les autres organes. Le même auteur reparait pour jouer un rôle un peu différent dans la gastro-entérite aiguë; il la soumet bien aux plaques de l'iléum, mais celles-ci sont elles-mêmes subordonnées à une entité mystérieuse, à une essentialité fébrile qui ne paraît qu'à travers des nuages, et qui n'est conservée que par respect pour les classiques.

Dans ces nuances confuses de doctrine, l'inflammation ne joue qu'un rôle secondaire, et l'irritation est traitée avec un souverain mépris, quoiqu'on se trouve à chaque instant forcé de lui emprunter des explications. L'esprit de parti domine dans tous ces ouvrages qu'il a dictés. Il est hautement professé dans les écrits de Laennec, et il perce de temps en temps dans ceux de M. Louis, dont le caractère est moins ardent et les prétentions moins élevées que celles de son maître.

Ces vices furent sentis par tous les bons esprits, et M. Gendrin espéra y porter remède en réduisant l'inflammation à sa véritable valeur. Il ne dédaigna pas non plus l'irritation. Il n'affecta point de dire, avec les ennemis déclarés de notre méthode, que l'irritation n'était point définie dans les ouvrages des physiologistes; il n'admit, mais seulement comme une nuance préliminaire de l'inflammation, et donna à cette dernière une importance beaucoup plus grande que celleque lui avaient accordée les auteurs déjà cités. M. Gendrin n'entreprit point de traiter l'anatomie pathologique en général, mais seulement l'anatomie pathologique de l'inflammation, dans le but de déterminer jusqu'à quel point ce phénomène entre comme élément dans la pathologie humaine. La question était grande, belle, et parfaitement à l'ordre du jour lorsqu'il la traita.

Nous allons donc nous occuper de son travail (1).

Nous dirons d'abord sans hésiter que M. Gendrin a rendu un vrai service à la science en rassemblant tous les faits relatifs à l'inflammation et les rattachant aux différens organes. Il résulte en effet de ce travail la confirmation de ce que nous avions reconnu, que l'inflammation est la même dans tous les tissus; et qu'elle offre une foule de degrés, depuis les plus aigus jusqu'aux plus chroniques. L'auteur fait très bien connaître tous ces degrés, auxquels il trouve pour traits communs le développement et la multiplication des vaisseaux sanguins, et la formation d'une matière purulente dont il décrit les nuances diverses. La congestion sanguine arrive bientôt à produire la stagnation du sang dans le centre du foyer d'inflammation, et les injections ne peuvent plus y pénétrer. Ensuite la fibrine accumulée, retenue, extravasée dans les aréoles et dans les membranes enflammées, devient la source du pus.

Il pense en effet que, seule, la fibrine donne la qualité plastique et l'aptitude à s'organiser, qui caractérise ce liquide lorsqu'il est de bonne qualité.

On voit dans son ouvrage cette fibrine arriver sur les surfaces enflammées, en raison du progrès de l'inflammation. Elle vient se combiner, soit à la sérosité albumineuse dans les tissus cellulaires et séreux, soit au mucus sur les membranes mucipares, soit aux différens produits de la sécrétion normale des glandes, à mesure que l'inflammation en dilate les vaisseaux sanguins. Cela va jusqu'à l'excrétion de sang pur en cas d'excès d'inflammation. Mais si l'extravasation était trop copieuse, on sait que la suppuration ne pourrait plus se faire.

Cette théorie rallie donc, par ses conséquences, les hémorrhagies aux inflammations; rapport senti et annoncé depuis bien long-temps.

Elle rappelle aussi Bichat, qui voit la sensibilité organique des capillaires non sanguins se mettre en rapport avec ce fluide par l'effet de l'inflammation; d'où résulte que ces vaisseaux peuvent l'admettre en entier, et même l'exhaler par leurs orifices béans sur les surfaces et dans l'intérieur des tissus.

Je passe sur toutes les particularités de l'inflammation normale, suppurante, adhésive, pour donner une idée des différences que l'auteur admet dans ce phénomène en le promenant dans les divers tissus de l'économie; car il a le bon esprit de ne pas se borner à le considérer d'une manière abstraite. D'ailleurs, cela n'était plus possible dans l'état actuel de la science.

Il admet pour chacun d'eux, à très peu d'exceptions près, l'inflammation *aiguë*, la *chronique*, la *phagédénique* ou ulcéreuse, et la *gangréneuse*.

Rappelons-nous que l'inflammation est, selon notre auteur, toujours et partout essentiellement la même, et nous en conclurons qu'elle n'est modifiée que par les degrés de l'irritation, par les causes, qui peuvent être des matières étrangères, par la structure des parties, par la nuance où elle règne dans leurs différens tissus et par les divers produits exhalatoires ou sécrétoires de chacun d'eux, dans lesquels il se trouve des matières colorantes, etc. Viennent ensuite les inflammations

(1) *Hist. anatom. de l'inflammation.* Paris, 1826, 2 vol. in-8.

des différens tissus. Nous en noterons quelques particularités.

Dans le début de la *péritonite*, il y a de la sérosité en vapeur qui gonfle le ventre. Puis vient l'exsudation ou la fausse membrane, qui peut se détacher par flocons dans la sérosité; le tissu cellulaire postérieur s'affecte, il y a emphysème sous-séreux par la vaporisation du sérum, et le phlegmon y est possible. Il admet la perforation des intestins comme celle de la plèvre par suite des phlegmasies séreuses. Elle résulte de foyers circonscrits remplis de pus ou d'une fausse membrane entre les deux lames des séreuses; il en peut résulter des altérations inflammatoires phagédéniques. Il y a dans l'état chronique de ces phlegmasies des élévations qui dépendent de l'infiltration circonscrite d'une matière albumineuse, coagulable; elles sont plates; et d'autres, qui dépendent d'un épanchement aussi circonscrit de fibrine diversement colorée et même rouge, sont noires; ce qui produit des apparences de pétéchies.

Quant aux *tissus fibreux, les cartilages* n'étant point fibreux, ne sont susceptibles d'inflammation que lorsqu'ils le sont devenus, et c'est le premier effet de leur irritation. Mais les diarthrodiaux, les seuls qu'il regarde comme vrais cartilages, ne deviennent jamais fibreux, et ne s'enflamment point; les autres peuvent éprouver toutes les nuances de l'inflammation.

Les os, plus compliqués que les cartilages, et surtout plus sanguins, sont plus souvent attaqués de l'inflammation. Leur inflammation aiguë est celle de leurs plaies, la chronique est l'exostose, la phagédénique ou ulcéreuse est la carie, et la nécrose correspond à leur inflammation gangréneuse.

Dans la *peau enflammée* s'offrent une foule de nuances qui ont été décrites par un assez grand nombre d'auteurs pour que nous nous dispensions d'en donner le détail. Nous dirons seulement, à l'appui de la médecine physiologique, que le furoncle est l'inflammation inter-aréolaire du derme, et que l'on n'y trouve point, dans l'état simple, d'escare gangréneuse. Le bourbillon n'est donc qu'une exsudation pseudo-membraneuse, qui traverse la peau dans une aréole; il n'est point susceptible d'organisation spontanée, et pénètre quelquefois avec l'inflammation dans le tissu cellulaire. Les inflammations chroniques de la peau se composent de l'*érythémoïde*, des *vésicatoires*, du *pemphigus*, des *inflammations pustuleuses*, où figurent surtout les *dartres*. Celles-ci attaquent plus ou moins les cryptes sébacés, qui se gonflent, et dont les orifices se dilatent, et leur sécrétion, altérée par l'irritation et mêlée d'albumine et de fibrine, avec ou sans matière colorante, explique les différences de leurs suppurations.

On sent que l'aspect et les produits des inflammations chroniques de la peau doivent varier suivant la présence ou l'absence des follicules; car, s'ils manquent, la forme dartreuse ne peut exister suivant notre auteur.

Il ne considère les pustules syphilitiques que sous le rapport de l'inflammation chronique. Nulle discussion sur la cause matérielle ou purement irritative. On sent qu'elles ont beaucoup de rapport avec les dartres.

Les *pustules teigneuses* les plus prononcées, celles de la faveuse, par exemple, attaquent les bulbes des cheveux; mais les superficielles, comme celles de la granulée, de la furfuracée, sont placées dans le réseau vasculaire superficiel de la peau. Il ne dit pas que les cryptes ou les follicules y soient intéressés. Le degré de congestion sanguine, la part qu'y prennent les traînées cellulaires enchevêtrées dans le derme, les papilles, les nerfs de ce tissu, et le tissu cellulaire sous-cutané, établissent d'énormes différences entre l'aspect des dartres, des teignes, et de toutes les inflammations chroniques de la peau.

Ainsi disparaîtront peu à peu ces entités de la pathologie cutanée, si finement distinguées entre elles, si savamment dénommées, si pompeusement différenciées par l'artifice du pinceau, et auxquelles on s'évertue avec tant d'inanité à donner de l'importance et à chercher des spécifiques qui leur correspondent. Ce progrès, consacré par M. le docteur Gendrin, est une émanation directe de la médecine physiologique, qui ne cesse depuis vingt ans, de réduire toutes les dermatoses au phénomène de l'inflammation et à celui de la subinflammation.

Les *inflammations phagédéniques* de la peau sont la suite des précédentes; elles n'ont de remarquable que le gonflement et l'injection de leurs bords et de leur fond.

Dans les *gangréneuses*, outre la gangrène par excès d'inflammation, quelle que soit l'origine de celle-ci, ou les gangrènes cutanées accidentelles, on voit la pustule maligne et l'érysipèle gangréneux, sur lesquels nous ne trouvons rien de nouveau : l'auteur ne s'occupe ni de la fièvre, ni de la répétition ou de la priorité du phénomène de l'inflammation dans les viscères.

Arrivé à l'*anatomie pathologique des membranes muqueuses*, il les partage en deux séries; elles sont toutes purement muqueuses ou mucipares, à l'exception de celle du tube digestif, qui est villeuse et muqueuse tout à la fois.

Nous passons sur l'état normal, qui n'offrirait rien de particulier sous les autres rapports. Nous nous contenterons d'ajouter que, malgré la présence de ces villosités, l'auteur n'y voit pas, à notre manière, un sens interne destiné à émouvoir de nombreuses sympathies; aussi l'inflammation n'est-elle considérée dans les muqueuses, ainsi que dans la villeuse, que sous le rapport des changemens qu'elle introduit dans leur tissu. Ces changemens caractéristiques, selon l'auteur, de l'état inflammatoire aigu, chronique, phagédénique et gangréneux, sont d'ailleurs fort bien décrits, à cela près que M. Gendrin laisse de côté certaines altérations, qu'il se propose de soustraire plus tard à l'inflammation; nous verrons comment et pourquoi. Les inflammations des membranes muqueuses et villeuses sont distinguées, pour la description, en *érythémoïdes*, *pustuleuses* et *pseudo-membraneuses*. Mais ceci n'est que de l'anatomie pathologique. L'inflammation peut passer, et passe souvent, d'une forme à l'autre, quoique née sous des influences identiques. Les différences d'âge et de constitution sont souvent, d'après notre observation, les seules causes de ces différences, qui peuvent aussi se montrer chacune sous des influences endémiques ou épidémiques particulières.

Nous omettrons les détails très multipliés, mais bien connus, de ces phlegmasies tant aiguës que chroniques, phagédéniques et gangréneuses, en nous bornant à faire observer qu'il y manque des rapprochemens et des considérations physiologiques, ce qui en fait plutôt des articles d'anatomie pathologique purement et simplement, qu'une étude clinique tendant à perfectionner l'art de guérir. On en conclura facilement que ce travail ne saurait fournir des bases ni à la séméïotique, ni à la nosologie, et encore moins à la thérapeutique.

Arrivé à l'*anatomie pathologique des vaisseaux sanguins*, l'auteur commence à établir l'état normal

de ces tissus, comme il l'a fait pour tous ceux dont il s'était occupé précédemment. Du reste, il n'étudie les maladies des artères et des veines que jusqu'au point où ces vaisseaux ne sont pas assez petits pour échapper à l'observation directe.

Dans la partie pathologique, qui rentre toute dans l'inflammation, on trouve des faits de haute importance; mais l'auteur a pu puiser à de bonnes sources. Selon lui, toutes les rougeurs de la tunique interne des artères ne doivent pas être rapportées à l'inflammation. Il veut, pour l'état aigu des inflammations artérielles et des veineuses, outre l'imbibition sanguine, rugosités de la tunique interne, *vasa vasorum* multipliés, possibilité de séparer les tuniques les unes des autres, épanchemens, exsudations diverses, et, au plus haut degré, oblitération ou réduction du vaisseau en tissu cellulaire; indépendamment de la propagation de la phlegmasie aux tissus cellulaires voisins.

Il est clair que ce n'est encore là que de l'anatomie pathologique calquée sur le plus haut degré d'inflammation; car lorsque, pendant la vie, le praticien a réuni des signes suffisans de la surexcitation des artères et des veines, il n'a besoin que de la rougeur et de l'imbibition sanguine de leur tunique interne pour être sûr qu'elles ont souffert un état véritablement inflammatoire, car le sujet peut périr d'une autre affection dans la première période d'une inflammation vasculaire. Mais ces vues n'entrent pas dans le plan des anatomo-pathologistes, auxquels il faut des désorganisations très prononcées pour qu'ils affirment l'existence de l'inflammation d'un tissu quelconque. Ils méconnaissent donc constamment ce phénomène toutes les fois qu'il a causé la mort dans sa première période, sans songer qu'il est des phlegmasies d'une activité telle, soit par leur cause, soit par l'extrême irritabilité des centres nerveux, qu'elles tuent, dans bien des cas, en détruisant la fonction innervatrice, avant d'avoir opéré de grands désordres dans les tissus qui en ont été affectés. Le choléra-morbus épidémique que nous venons d'essuyer n'a que trop prouvé la vérité de cette assertion, et M. le docteur Gendrin s'est montré, dans ce qu'il a écrit sur cette maladie, plus anatomo-pathologiste que médecin bien pénétré des principes d'une véritable physiologie. Il a donc été toujours fidèle à la doctrine dont il fait profession dans l'ouvrage dont nous donnons ici l'analyse.

Les inflammations chroniques des vaisseaux sont bien décrites par l'auteur, ainsi que les phagédéniques. Nous avons vu avec beaucoup de satisfaction qu'il ne s'est point évertué, à l'imitation de Laennec, à isoler de l'inflammation tous les désordres de l'épaisseur des vaisseaux, avec ou sans ulcération, dans lesquels le sang a disparu pour laisser à sa place des fluides blancs coagulés, plus ou moins tenaces, ramollis ou friables, ou des dépôts salins et calcaires. Toutes ces altérations sont, par l'auteur, rapportées à l'inflammation chronique. Toutefois nous verrons plus loin que, en homme qui a ses vues, il s'est réservé le moyen de revenir, au besoin, sur cette assertion; mais ce n'est pas maintenant ce qui doit nous occuper.

Dans l'*anatomie pathologique de l'inflammation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques*, M. Gendrin n'a point mentionné la sécrétion de la matière dite tuberculeuse. Nous verrons plus tard comment il la considère.

L'*inflammation du tissu nerveux*, considérée soit dans les centres, soit dans les nerfs extra-crâniens, est bien décrite; mais il n'est point question, dans l'état chronique, des altérations que l'auteur croit pouvoir rapporter, avec Laennec, à un vice primitif de la nutrition, tels que squirrhes, tubercules, etc.

On a toujours la douleur, en lisant les observations particulières, qui du reste ne sont pas de la pratique de l'auteur, de reconnaître que la plupart des décès ont été le résultat d'un traitement insuffisamment antiphlogistique ou même directement stimulant, qui a laissé le temps aux phlogoses du tube digestif de se communiquer aux centres nerveux.

On y trouve également des phlegmasies des gros nerfs extérieurs, tel que le sciatique, où l'autopsie n'arrive que par la négligence qu'on a mise à traiter franchement l'inflammation dans son début, pour se confier à des révulsifs prématurés ou se jeter dans le spécificisme. Nous avions fait la même remarque en parcourant l'anatomie pathologique des membranes muqueuses et surtout de la villeuse du tube digestif. C'est toujours ou l'imprudence, ou la négligence des malades, ou les bévues des praticiens, qui fournissent les plus riches moissons aux anatomo-pathologistes. Ils tirent habilement le rideau sur la méthode prétendue curative, pour ne fixer l'attention que sur l'étendue et la beauté des altérations organiques; et l'ouvrage passe sans critique. Il nous semble pourtant que les erreurs du traitement sont faiblement compensées par les belles descriptions anatomico-pathologiques auxquelles elles donnent lieu, et que ces descriptions auraient une utilité beaucoup plus grande en faisant connaître leurs fautes aux médecins traitans, et les portant à tout faire pour s'en corriger.

Il est inutile de dire que M. le docteur Gendrin a beaucoup profité des travaux du professeur Lallemand pour l'anatomie pathologique de l'encéphale; mais il est juste d'ajouter que plusieurs observations importantes lui appartiennent; mais nous verrons plus tard que le professeur de Montpellier envisage les affections de l'encéphale sous un point de vue plus large et plus fécond en applications thérapeutiques.

L'*inflammation des muscles* est mieux décrite chez M. Gendrin que nous ne l'avons vue partout ailleurs. C'est le tissu cellulaire, comme l'a dit Bichat, et comme nous l'avons répété, qui l'introduit entre les faisceaux et les fibres musculaires; mais celles-ci et les nerfs finissent par y participer. L'auteur fait l'importante remarque que la fibre musculaire enflammée passe bientôt à un état de demi-contraction, dans laquelle elle n'obéit plus ni à la volonté ni à la stimulation du nerf, même par le galvanisme, dans laquelle elle ne cède même pas à la section de ce nerf: fait précieux qui prouve, avec beaucoup d'autres, que la matière nerveuse est partout douée des mêmes propriétés, et que les nerfs ne reçoivent point du cerveau, comme les vaisseaux reçoivent du cœur, un fluide auquel tiennent essentiellement leurs fonctions, quoique leur communication avec ce centre nerveux soit nécessaire pour la perception de ce qui se passe en eux, aussi bien que pour l'entretien de leur action.

L'auteur n'a point rangé dans les inflammations chroniques musculaires, la dégénération graisseuse des muscles, par l'effet des vieilles douleurs et des affections qui condamnent pendant long-temps des membres entiers à l'inaction. N'admettant point les subinflammations, il n'avait pas de place pour ces sortes d'altérations où l'action organique, détournée des fibres musculaires, devient prédominante dans les tissus cellulaires et fibreux. Au surplus, on

lit avec intérêt ce qu'il dit de l'inflammation musculaire chronique, qu'il suit dans les désorganisations progressives des viscères, tels que le cœur, le tube digestif, l'utérus et la vessie. Nous n'y avons rien trouvé que de fort judicieux; mais tout ce qui peut être rapporté à l'irritation organique chronique ne s'y trouve pas.

Les inflammations des organes sécréteurs sont envisagées de manière à ce qu'elles confirment pleinement les vues de la médecine physiologique. L'auteur dit, avec beaucoup de raison, suivant nous, qui professons le même dogme depuis vingt-cinq ans, que toute action sécrétoire augmentée tend à l'état inflammatoire. Il fait voir les sécréteurs de la bile, de l'urine, du fluide pancréatique, du sperme, de la salive, rougissant, dans les expériences faites sur les animaux, sous l'influence d'une excitation qui exagère leur action sécrétoire. Il ajoute qu'un premier degré d'irritation augmente le produit de la sécrétion, le rend âcre, et, si elle devient plus forte, sanguinolent; mais qu'une fois l'inflammation bien confirmée, la sécrétion s'arrête pendant que l'organe se tuméfie, et tend au phlegmon. Il ne répète pas à la lettre ce qu'écrivit Bichat, que les sécréteurs reçoivent l'irritation qui les fait agir de la surface muqueuse, et surtout de la région de cette surface où viennent s'ouvrir leurs canaux excréteurs; mais on le conclut facilement des expériences qu'il rapporte, et d'ailleurs il dit très expressément que dans la salivation mercurielle, la membrane de la bouche donne des marques de phlogose avant que la salivation apparaisse; d'où il résulte que toutes les fois qu'un organe sécréteur est conduit à l'inflammation par l'exagération de sa fonction sécrétoire, cette inflammation est provoquée par l'irritation de la surface muqueuse.

Ces faits, si bien connus désormais, ne devraient-ils pas suffire pour inspirer aux praticiens de la circonspection dans l'emploi des purgatifs, des diurétiques, des sialagogues, lorsque l'état inflammatoire, répandu dans plusieurs viscères, par exemple dans les maladies que les auteurs appellent des *fièvres*, est disposé à s'exagérer et à devenir prédominant sur les points qui recevront l'action des stimulans? En effet, c'est encore à la suite de la négligence des moyens antiphlogistiques, et sous l'influence des médications qui ont pour but ou d'évacuer des humeurs morbifiques, ou d'entretenir la liberté des évacuations, que se sont présentées, dans les cadavres, ces graves altérations organiques qui ont mis notre auteur à même de donner de bonnes descriptions des phlegmasies glandulaires. Vivent les browniens, les ontologistes, les empiriques, les éclectiques et les stimulateurs de tous les genres pour fournir de grandes et belles altérations pathologiques!

M. Gendrin se montre ici le même que dans tous les autres chapitres; tout ce qui n'est pas squirrhe, encéphaloïde, tubercule, appartient à l'irritation inflammatoire. C'est un aveu qu'on attendrait inutilement des autres anatomo-pathologistes; il doit être utilisé pour l'avancement de la médecine physiologique. L'auteur répète avec beaucoup de raison ce que nous ne cessons de répéter nous-même depuis bien long-temps : que les collections purulentes sont difficiles dans les tissus glanduleux à cause de la porte ouverte à leur dégorgement par la voie de leurs canaux excréteurs. Mais s'ils donnent rarement des abcès, ils peuvent se ramollir, se dissoudre jusqu'à un certain point par la persévérance de l'inflammation aiguë; et la plupart de leurs indurations, jadis trop facilement qualifiées de squirrhes par les auteurs, ne sont que les résultats de leurs inflammations chroniques. Cela s'applique surtout au foie, où le mélange du sang, du pus et de la bile, à différens degrés d'altérations, produit des nuances très variées de consistance et de couleur. La même observation peut être faite pour les reins, dont le produit sécrétoire est aussi pourvu d'une matière colorante.

Ici du moins l'on voit disparaître ce vague d'expressions dont se servaient les anatomo-pathologistes des vieux systèmes, pour peindre les altérations des organes sécréteurs à la suite de longues et graves maladies long-temps entretenues et rendues funestes par des médications insensées; tout est franchement rapporté à l'inflammation; et, bien que l'auteur s'abstienne de critiquer les traitemens qui ont amené ces résultats, le médecin qui saura déduire, sera conduit nécessairement à les condamner.

Nous n'aurons garde d'analyser les descriptions, très bien faites, des altérations pathologiques des glandes sécrétoires : il nous suffira de dire, et l'on verra bientôt pourquoi, que les quatre formes de l'inflammation, c'est-à-dire l'aiguë, la chronique, la phagédénique et la gangréneuse y sont possibles suivant l'auteur : ce qui n'est pas pour nous d'une importance médiocre.

Nous arrivons à l'anatomie pathologique de ce que l'auteur appelle les *tissus complexes*. Il y place le thymus, le corps thyroïde, la rate, avec les capsules surrénales, et surtout les poumons.

Il y avait sans doute une meilleure division à faire, car les poumons sont éminemment sécréteurs et excréteurs, tandis que les autres organes qu'on lui compare ne le sont pas. Le poumon est de tous les organes le plus perméable, puisque, outre les excréteurs muqueux ouverts sur une surface libre, dont il abonde, et l'énorme transpiration qu'il produit, il est, dans toute l'étendue de cette surface, accessible à l'air extérieur; circonstances naturellement très influentes sur la manière dont s'y comporte l'inflammation, et qui sont tout-à-fait étrangères à l'organisation du thymus, du corps thyroïde, de la rate et des capsules surrénales. Le poumon devait donc être mis à part.

L'auteur ne possède rien sur le corps thyroïde, le thymus et les capsules surrénales : il s'occupe donc sans délai des inflammations pulmonaires.

Rien à dire sur la description de l'état normal des poumons, ni sur celle des différens degrés d'induration ou d'hépatisation où l'état inflammatoire peut nous l'offrir. L'auteur avait, pour tous ces faits, d'excellens modèles, et il n'a point négligé d'en profiter.

C'est Laennec, qui lui sert de guide pour les pneumonies; il n'a pas non plus omis d'utiliser la critique que nous en fîmes dans le second *Examen*. Nous ne pouvons donc mieux faire que de renvoyer, pour la substance de toutes ces questions, à ce que nous venons de dire sur Laennec. Mais nous aurons à faire quelques réflexions sur certains points.

La première, c'est qu'on ne retrouve plus ici l'entêtement passionné de Laennec, qui ne voulait pas, en haine des physiologistes, que le catarrhe pût se changer en pneumonie, et qui donnait pour caractère à cette phlegmasie d'attaquer le *plus souvent* la partie moyenne du parenchyme. M. Gendrin reconnaît, sous le rapport du mode de formation, deux pneumonies : l'une où l'inflammation commence dans le tissu interstitiel, et l'autre où elle

n'y parvient qu'après avoir régné dans les bronches. En ce point, il se trouve d'accord avec nous; mais comme l'inflammation peut marcher dans toutes les directions, et d'après le témoignage des autopsies, nous admettons, de plus, que l'irritation inflammatoire, qui d'ordinaire n'arrive à la plèvre qu'après avoir régné dans le poumon, peut suivre une route inverse et passer de la plèvre, où elle serait prédominante, dans la portion de parenchyme la plus voisine.

Nous avons quelques réflexions importantes à faire sur les pneumonies chroniques de M. Gendrin. Il les distingue fort bien en rouges et en grises, et celles-ci sont appelées, je ne sais pourquoi, *indurations grises du docteur Andral*. Il attribue à l'inflammation les granulations miliaires, tuberculiformes, blanchâtres, souvent presque aussi dures que des cartilages, que l'on y rencontre quelquefois. Il n'y voit que des exsudations de fibrine coagulable, formées dans les extrémités bronchiques et les vésicules pulmonaires. Mais il ne considère point la pneumonie soit aiguë, soit chronique, comme pouvant être l'origine des phthisies pulmonaires en donnant lieu à des ulcérations suppurantes, par lesquelles le parenchyme se résout avec fièvre hectique et consomption générale du corps : de là résulte qu'il ne reconnaît point ici d'inflammation phagédénique; le poumon seul en est exempt, par un privilége spécial, et la raison de cela, c'est qu'il veut réserver toutes les excavations et fontes purulentes de l'organe pour les tubercules.

Ici reparaît donc l'influence de Laennec, homme d'ailleurs tout-puissant à l'époque où cet ouvrage fut publié, et qu'on ne pouvait contrarier sans se fermer toutes les voies d'avancement dans la hiérarchie médicale.

Nous avons peu de choses à dire sur les inflammations gangréneuses. L'auteur se conforme ici aux distinctions établies par Laennec, à cela près qu'il admet une gangrène par excès d'inflammation, caractérisée par la réduction du parenchyme en bouillie noire et fétide dans le centre d'une hépatisation foncée, à la suite des pneumonies qui ont marché avec une extrême violence. C'est celle que nous avions déjà signalée plusieurs fois dans nos ouvrages, et dont M. Gendrin a puisé les modèles dans ceux de M. Andral fils. Nous avons même ajouté que, sans nier la possibilité de certaines dispositions inexplicables à la gangrène, nous regardions, comme des résultats de la surirritation de l'organe, à la suite des traitemens mal dirigés, la plupart des faits de gangrènes pulmonaires plus bornées que la précédente, attaquant la périphérie de l'organe où elles se présentent sous forme d'une escare circonscrite, adhérente ou détachée, avec ou sans perforation, et qui s'observent chez des sujets détériorés et cacochymes. Or, les observations rapportées par M. Gendrin sont toutes propres à confirmer cette idée; car tous les cacochymes sur lesquels ces gangrènes ont été observées étaient des sujets porteurs de plusieurs phlegmasies chroniques des viscères, qui avaient commis des excès surtout en boisson, ou des malades chez lesquels on n'avait pas employé le traitement antiphlogistique en proportion de la ténacité de l'inflammation.

Notre auteur dit quelque chose de la gangrène de la rate. Il s'occupe après cela de l'inflammation adhésive dont nous avons déjà parlé, et passe *aux altérations consécutives à l'inflammation*.

On y voit figurer les *altérations des fluides*, et les *altérations des tissus*. Nous aurons peu de chose à dire sur les premières; notre auteur les expose d'une manière satisfaisante. On lit avec intérêt tout ce qu'il a écrit sur la couenne inflammatoire, sur les altérations des exhalations et des sécrétions, et sur les *produits fluides* des inflammations, à la tête desquels figure le pus. Nous avons donné la substance, trop concentrée peut-être, de tout cela, dans le commencement de ce chapitre; mais il faut le lire dans l'ouvrage même (t. II, p. 464 et suiv.). C'est un travail qui fait beaucoup d'honneur à M. Gendrin.

Enfin arrivent les altérations de texture, sur lesquelles nous aurons à faire plusieurs observations importantes, et qui se rattacheront à ce que nous avons dit sur les travaux de MM. Laennec et Louis.

Il répète, par rapport aux fausses membranes des cicatrices, ce qu'il a dit sur les inflammations. Tous ces faits sont bien connus, et nous n'y insisterons pas. On peut consulter d'ailleurs l'auteur lui-même (t. II, p. 523 et suiv.), pour juger des modifications qu'il a fait subir à cette théorie. Nous l'avons aussi trouvé satisfaisant sur les membranes qui se forment sur les parois des cavités accidentelles dans l'épaisseur des organes et dans les parois fistuleuses. Il pense, avec Laennec, que les fausses membranes peuvent s'enflammer, dégénérer en cartilages, s'incruster de phosphate calcaire, se convertir en tissus érectiles, devenir squirrheuses, etc., et que l'exhalation qui se forme à leur intérieur peut s'altérer, ce qui dénature les liquides qui s'y trouvent contenus. Quant aux membranes des fistules, il n'y voit pas plus que nous de véritables muqueuses, mais un tissu formé par la pseudo-membrane qui aurait dû servir de moyen d'adhésion, mais qui n'offre ni épithélium, ni follicules, ni papilles. Au surplus, l'incrustation cartilagineuse y est également possible.

On suit avec intérêt l'auteur dont nous rendons compte dans l'examen des lames et brides accidentelles qui se forment à la surface des tuniques enflammées, et dans la comparaison qu'il en fait avec les pseudo-membranes qu'on voit sur les tuniques mucipares, et qu'il regarde comme peu susceptibles d'organisation, mais dont la structure, au reste, lui est peu connue.

Arrive enfin l'*anatomie comparative des altérations non inflammatoires des tissus, et de celles qui doivent leur existence aux phlegmasies*, point important auquel l'auteur s'est fort attaché, et sur lequel, de notre côté, nous aurons beaucoup de réflexions à soumettre à l'impartialité de nos lecteurs. Il s'agit des *ramollissemens, des tubercules, des squirrhes et des carcinomes.*

Or, sur ces quatre formes il en est une qui, suivant l'auteur, est tantôt inflammatoire, et tantôt idiopathique ou primitive. Il n'en reste donc que trois, qu'il prétend pouvoir soustraire complètement à l'inflammation.

Quelques auteurs voudraient, dit-il, que tous les *ramollissemens* dépendissent de l'inflammation, et ne différassent entre eux que par le degré de la phlegmasie qui les produit. Telle est la question qu'il va traiter en parcourant tous les tissus. Voyons si nous serons d'accord avec lui.

Il débute par le ramollissement des os. Selon lui, celui qui est inflammatoire présente de la rougeur par injection sanguine; l'arrangement des fibres osseuses y est altérée; le périoste et la moelle y sont injectés et épaissis, et les fonctions y sont toujours altérées. L'état éburné, la carie, la névrose, sont encore des désordres qui se présentent souvent dans les os, conjointement avec le ramollissement, dans leur état inflammatoire, et souvent il s'y rencontre du pus.

Or, rien de tout cela n'existe dans l'ostéomalaxie; on y observe plutôt des dispositions opposées, telles que le défaut de sang, l'exténuation du périoste et de la moelle, et l'arrangement des fibres n'est point altéré; donc l'ostéomalaxie ou rachitisme est un état directement opposé à l'inflammation.

Nous commencerons par faire remarquer que voilà de grandes concessions faites à la doctrine physiologique. La carie, la nécrose, l'état éburné lui ont été long-temps contestés comme attributs de l'inflammation des os. Enregistrons donc d'abord cette première conquête.

Remarquons après cela que les physiologistes n'ont point avancé que tous les ramollissemens des os fussent des inflammations proprement dites, avec excès d'injection sanguine dans tous les tissus osseux, avec dérangement de la direction des fibres, état de suppuration ou de carie; ils ont seulement soutenu que l'irritation présidait aux ramollissemens qui se rattachent à l'ostéomalaxie, comme aux ramollissemens et à la fragilité osseuse, qui sont produits par le voisinage d'un foyer d'inflammation siégeant dans les parties molles, par la pression qu'exerce sur les os une tumeur, par les pulsations d'un anévrisme ou d'une tumeur quelconque soulevée par une artère (1).

Voilà ce que nous avons dit. En effet, dans le rachitisme les os sont trop irritables à raison de l'imperfection de la nutrition, et leur moelle ou leur diploé sont souvent surinjectés de sang, quoi qu'en dise M. Gendrin, en même temps que la membrane muqueuse ou mucoso-villeuse du tube digestif.

Les tissus des rachitiques sont en général trop irritables, ainsi que ceux des scrofuleux, et ne supportent pas impunément l'action des stimulans hygiéniques par lesquels l'homme est forcé de vivre. M. le docteur Duval, qui s'est déjà rendu très remarquable dans le traitement orthopédique, nous a déclaré qu'il avait lui-même constaté cette phlegmasie diploïco-médullaire, et les rapports qui la lient avec un état de gastro-entérite chez les rachitiques, et qu'il avait été conduit, en partant des données de la médecine physiologique, au traitement franchement antiphlogistique de la phlegmasie abdominale pour triompher du ramollissement, non seulement du rachis, mais encore des os cylindriques les plus durs, comme le péroné et le tibia, dont la membrane médullaire et le périoste sont réellement dans un état inflammatoire chronique (2).

Nous-même nous avons très souvent exercé cette médication sur des enfans dont le crâne tardait à s'ossifier, dont le cerveau tendait à s'accroître extra-normalement, et chez qui les membres et le rachis commençaient à fléchir, et nous avons obtenu des succès constans toutes les fois qu'on s'y prenait avant que la déformation fût considérable, et que l'inflammation, les congestions et leurs suites eussent désorganisé les grands viscères. Les moyens orthopédiques nous ont été nécessaires pour compléter ces sortes de cures, lorsque la flexion du rachis et des membres avait fait certains progrès; mais on les appliquait sous nos yeux, sans déroger aux principes de l'hygiène physiologique. Les stimulans, dans ce cas, ne sont utiles qu'à l'extérieur, et consistent dans l'incubation sur des plantes aromatiques, dans les bains et douches toniques, surtout avec l'eau salée, et dans l'action libre sur la surface cutanée du grand air, secondé par l'exercice et la gymnastique, pourvu que des supports convenables préviennent les inconvéniens du poids des organes les uns sur les autres.

Il y a long-temps que les médecins physiologistes ne suivent plus d'autre méthode dans le traitement de l'ostéomalaxie. Ce ne sera donc point à ces praticiens que notre auteur pourra faire adopter, par des parallèles dont la justesse est très contestable, le dogme d'un ramollissement idiopathique, indépendant de toute inflammation, de toute irritation organique, et même de nature tout opposée dans l'ostéomalaxie.

M. Gendrin parle ensuite du ramollissement de la membrane muqueuse œsophagienne, et s'en rapporte, pour fournir la preuve de l'existence idiopathique de cette lésion, à M. Louis: *Mémoire sur les ramollissemens*, inséré dans les *Archives médicales*, en mai 1824. Or, on sait que jusqu'ici M. Louis a consacré sa vie à soustraire le plus d'altérations qu'il a pu à l'inflammation, et que, pour y parvenir, il s'est appuyé de faits mal observés. Cette preuve n'est donc pas déjà très péremptoire. Les ramollissemens de l'œsophage sont des phlegmasies qui coïncident d'ordinaire avec celles de la région cardiaque de l'estomac, et M. Louis n'a point prouvé qu'il en existât d'indépendans de l'inflammation.

Notre auteur a vu le ramollissement de la membrane interne de la vessie sans injection sanguine: cela ne prouve pas grand'chose, comme nous le ferons voir, et ici d'autant moins qu'il y avait une arachnitis avec typhus, c'est-à-dire que l'urine séjournait trop dans la vessie à cause de la torpeur du cerveau; et l'on sait que cette stagnation d'une urine concentrée produit ordinairement des inflammations dans la vessie.

C'est sur *les ramollissemens de la membrane villeuse du tube digestif* que l'auteur s'arrête avec le plus de complaisance; car c'est en démontrant qu'il en existe de non inflammatoire qu'il peut le mieux prouver aux médecins ennemis de la doctrine physiologique qu'il n'est point de notre parti.

Il commence par nous accorder des ramollissemens véritablement inflammatoires, et ce sont ceux où la rougeur, l'injection des vaisseaux voisins ou un mélange de matière purulente lui attestent la présence de l'inflammation. Cette concession faite, il suppose des ramollissemens dans lesquels tout cela manque, dans lesquels même les vaisseaux sont exténués au lieu d'être augmentés de volume, et trouve, comme on doit bien s'y attendre, qu'ils sont indépendans de ce phénomène. Il insiste même beaucoup sur tout cela dans une prétendue réfutation de l'opinion contraire, et sa réfutation se réduit à des assertions générales sans preuve. D'ailleurs il ne cite point de faits qu'il ait recueillis lui-même; c'est d'après M. Louis qu'il se met ainsi en avant. Prévient-il les objections que nous avons faites plus haut en réfutant ce dernier écrivain? c'est-à-dire prouve-t-il que l'inflammation allumée pendant les derniers jours dans une autre partie du tube digestif ou dans un organe différent, ne peut pas avoir soustrait le sang aux points de ce tube qu'elle avait d'abord ramollis, et que le lavage opéré par les boissons et les excrétions de la membrane ne sont pas suffisans pour enlever les molécules sanguines que l'inflammation y avait laissées? Démontre-t-il que, lorsque la rougeur a disparu des points ra-

(1) Voir ce qui a été dit sur ce sujet dans l'analyse de l'ouvrage de Laennec, surtout à l'occasion des maladies du cœur et des gros vaisseaux.

(2) M. Duval vient de publier ces observations dans une brochure qui porte ce titre : *Aperçu sur les principales difformités du corps humain*, par Vincent Duval. *Paris*, 1833.

mollis, il ne reste pas assez d'autres preuves de son existence passée pour qu'on ne puisse pas la mettre en doute? tels sont l'injection, le développement, la couleur noire des principales branches vasculaires entéro-mésentériques qui correspondaient aux capillaires détruits par le ramollissement; car, quoique les vaisseaux les plus voisins aient disparu du ramollissement avec les molécules sanguines, surtout lorsque la membrane muqueuse est détruite, les branches qui leur correspondent sont toujours telles que nous venons de les représenter. L'ecchymose noirâtre, formant des marbrures qui entourent ces vaisseaux, sans qu'on puisse la retrouver dans ceux de même ordre, qui se rendent aux points du tube restés sains, n'est-elle pas un produit de l'inflammation?

M. Gendrin n'a point pensé à tout cela: l'autorité de M. Louis lui a suffi pour affirmer, contre les faits, que tout est exsangue dans plusieurs de ces ramollissemens, à la suite de certains typhus, pendant que d'autres laissent des traces de phlegmasies. Il savait que cette autorité ne serait pas déclinée par les chefs du parti antiphysiologique.

Du moins il aura prouvé que, lorsque pendant la vie, on a observé une forte chaleur à l'épigastre, de la soif, de l'appétence pour les boissons froides, avec une langue rouge et un pharynx brûlant, chez un sujet qui, plus tard, a présenté un ramollissement sans rougeur de la membrane interne de l'estomac, ces symptômes n'annonçaient point un état inflammatoire de cet organe, mais correspondaient plutôt à son ramollissement idiopathique.

M. Gendrin n'a pas songé non plus à cette objection; il s'est contenté de supposer, sur la foi de M. Louis, que si l'estomac ramolli avait été enflammé pendant la vie, il devait offrir une rougeur et une injection sanguine plus ou moins vive après la mort; et malgré ce principe posé par lui, il a exprimé l'idée que quelques traces de sang dans certains cas ne démontraient même pas l'existence de l'inflammation, attendu qu'elles pouvaient être consécutives à un ramollissement idiopathique. Il est probable que s'il avait eu à répondre sur la cause des symptômes que nous venons d'énumérer, il les aurait attribués *à la fièvre* ou à quelque altération idiopathique des fluides.

Selon toute vraisemblance, il aurait répondu de la même manière pour donner l'explication de la tension, de la rénitence et de la chaleur observées, pendant les maladies typhoïdes, dans les régions où l'on peut trouver, après la mort, son ramollissement idiopathique, le tout parce que M. Louis a prétendu que les ramollissemens intestinaux des sujets emportés par le typhus n'annonçaient l'existence d'une phlegmasie que lorsqu'ils se montraient avec du sang ou du pus.

Tout cela bien considéré, nous croyons n'avoir rien de mieux à faire que de laisser l'auteur dans son opinion, qui peut-être n'est plus la même aujourd'hui, et de renvoyer nos lecteurs à notre analyse de M. Louis, en attendant qu'on nous montre des membranes villeuses ramollies et détruites sans qu'il y ait aucune trace de phlegmasie dans les branches vasculaires correspondantes, dans les tissus cellulaires, et dans les ganglions voisins, et sans que l'organe ait donné des marques d'une surexcitation inflammatoire durant la vie, dans le lieu qui paraît ramolli après la mort. Ce spectacle aura pour nous d'autant plus d'intérêt que nous ne l'aurons jamais eu sous les yeux depuis vingt-sept ans que nous pratiquons des nécroscopies.

Rien de plus facile que de se figurer une membrane muqueuse qui se ramollit spontanément, sans surexcitation inflammatoire, et par un principe occulte de débilité; mais se figurer sur parole, et prouver par les faits sont deux choses essentiellement différentes: et tant que M. Gendrin n'aura d'autre preuve que l'autorité de M. Louis, nous le récuserons, et nous en appellerons à une observation plus attentive et à la bonne foi des observateurs; choses que le temps doit nécessairement amener.

Ce que nous disons ici s'applique à tous les ramollissemens de membranes muqueuses, car elles sont toutes des surfaces de rapport sur lesquelles les inflammations cheminent et abandonnent souvent les points qu'elles ont désorganisés et ramollis pour se porter dans un autre ou dans des organes différens, pendant que les fluides muqueux qui les parcourent détachent et enlèvent les globules sanguins des lieux où l'inflammation les avait fixés: mais si la rougeur et l'hypertrophie inflammatoire manquent dans ces lieux, les autres altérations que l'inflammation peut produire y sont encore, et il suffit de l'habitude et d'un peu de bonne foi pour les reconnaître.

La question *du ramollissement du tissu nerveux* dans le cerveau et dans la moelle offre aussi beaucoup d'intérêt. On sait que nous avons eu des articles et des mémoires composés pour établir l'existence de ramollissemens idiopathiques partiels de l'encéphale, indépendans, disait-on, de toute inflammation, mais qui se caractérisaient en produisant des pertes de sens, des convulsions musculaires partielles et des paralysies également partielles, pour aboutir définitivement à l'état comateux. Une entité morbide, ayant pour titre *ramollissement du cerveau*, parut donc tout-à-coup dans notre école de Paris, et il ne fut plus question que de cela dans les journaux de l'époque. Quant à l'inflammation, considérée comme cause de cette altération, plusieurs s'en moquèrent, traitant de visionnaires et d'exclusifs ceux qui en avaient parlé; ce que nous ne cessions de faire alors dans nos cours particuliers. D'autres se turent, et une débilité partielle primitive, reste ridicule du brownisme, en fut déclarée la cause unique; prévenir ou guérir une semblable affection, une débilité ramollissante, qui vient d'autorité foudroyer le cerveau de ses fatales victimes, parut chose si ridicule qu'on n'en parla presque pas. Il ne fut plus question, pour certains médecins, que d'exercer leur sagacité à reconnaître la maladie et son siége avant qu'une autopsie, impatiemment attendue, vînt confirmer ou infirmer le diagnostic établi.

Cependant M. Lallemand, qui n'était encore qu'élève ou jeune médecin sans titre, et qui nous entendait chaque jour rallier dans nos leçons les apoplexies cérébrales et les ramollissemens aux inflammations aiguës et chroniques, entreprit de fournir les preuves de cette importante vérité. Il rassembla donc tous les faits qu'il avait recueillis dans les cliniques de l'Hôtel-Dieu ainsi qu'en ville, et, par de savantes discussions, il établit sans réplique que ces ramollissemens partiels de l'encéphale, où l'on trouve la substance nerveuse réduite en une sorte de bouillie jaune ou verdâtre, avec ou sans épanchement de globules sanguins, ne sont autre chose que des inflammations chroniques qui ont produit des phénomènes convulsifs en irritant les fibres médullaires du cerveau, et des paralysies en rompant définitivement leur continuité et produisant la compression. On regimba, comme on devait s'y attendre, les gros bonnets du parti

ontologiste et pseudo-brownien n'eurent garde de céder, mais l'opinion publique rendit justice à l'anatomo-pathologiste physiologiste, et l'on vit paraître des auteurs qui proposèrent un *mezzo termine :* ils consentirent à admettre des ramollissemens inflammatoires, pourvu qu'on leur en accordât par débilité. Ils entendaient toujours les ramollissemens en bouillie avec solution de continuité de la substance médullaire, et, pour les distinguer, ils recoururent encore aux données de Brown : une prédominance générale de force et de sang pendant la vie, de la rougeur, de l'injection sanguine autour du ramollissement et des globules sanguins, ou du pus bien reconnaissable, épanchés dans ce lieu ramolli, après la mort, leur servirent et leur servent encore de types pour caractériser les ramollissemens inflammatoires. Mais ils veulent à toute force qu'on leur accorde la débilité pour cause unique des convulsions partielles et des paralysies des sujets épuisés, vieux, cacochymes, surtout lorsque les globules sanguins se montrent peu abondans autour et dans le centre même des points ramollis, à l'autopsie, qui devient ainsi une condition indispensable au complément du diagnostic.

M. Gendrin sentit le vice d'une distinction qui n'est fondée que sur le degré d'une affection essentiellement la même, dans deux nuances entre lesquelles on pourrait en introduire plusieurs autres.

Il a donc pris le parti de rapporter à l'inflammation tous les ramollissemens dans lesquels il y a solution de continuité des fibres médullaires, et réduction en matière pulpeuse inorganique de ce tissu, fixée par une ligne de démarcation évidente, sans égard à l'état des forces et au plus ou moins de globules sanguins, que l'on peut rencontrer dans les points ramollis ou à leur pourtour. De cette manière, il s'est mis dans la ligne tracée par Lallemand.

Cependant il fallait quelque chose pour le parti ontologico-fataliste ; ce parti veut surtout des phrases dirigées contre ses antagonistes. Eh bien ! il sera content : l'auteur lui accorde, comme non inflammatoire, un ramollissement partiel ou partagé par tout un lobe, dans lequel il n'y a ni injection sanguine, ni réduction en bouillie jaune ou verdâtre (ce qui annonce, suivant Lallemand, un mélange de pus), ni solution de continuité quelconque des fibres médullaires : ramollissement d'ailleurs qui, loin d'être brusquement limité quand il est partiel, se fond insensiblement dans les parties saines qui ont conservé la consistance normale. Après cette importante concession, il verse l'ironie sur ceux qui ne veulent admettre que des ramollissemens inflammatoires, et s'étonne de les voir dans cette opinion, *qui vient sans doute de ce qu'ils n'ont jamais vu d'autres ramollissemens que les inflammatoires.* Il termine en avertissant les observateurs de ne pas confondre les ramollissemens du cerveau dont il s'agit, avec la diminution de densité qui se rencontre aux limites des phlegmasies qui ont produit des infiltrations séreuses des méninges et même du cerveau.

Ce conseil est précieux ; il nous sert à rapporter à l'inflammation les ramollissemens des ventricules, de la voûte à trois piliers, de la valvule de Vieussens, et du *septum lucidum* qui se rencontrent souvent sans aucune trace d'injection sanguine, avec de l'opacité ou des rugosités dans la membrane interne de ces cavités, lorsqu'il s'y est formé des épanchemens de sérosité avec fièvre, douleurs vives, cris perçans, c'est-à-dire lorsqu'il a existé de l'inflammation dans la membrane interne des ventricules.

Mais si nous rattachons aux phlegmasies ces ramollissemens, qui d'ailleurs ont les caractères des non inflammatoires de l'auteur, puisque souvent il n'y a point de réduction en pulpe inorganique, et que le ramollissement se fond insensiblement dans le sain, que nous restera-t-il pour les ramollissemens idiopathiques non inflammatoires de ce même auteur ? des cas de mollesse du tissu encéphalique ou rachidien chez des enfans, des vieillards et des sujets exténués par des maladies qui n'avaient point leur siége principal dans les centres nerveux, ou bien encore l'atrophie de ces centres à la suite des états fébriles prolongés, qui ont énervé, exténué tous les tissus, sans agir sur le cerveau autrement que par la propagation prolongée d'une irritation qui n'y a point produit de phlegmasie. Encore faudra-t-il avouer que si dans tous ces cas il n'y a pas eu inflammation, au moins il y a eu très vive irritation de la substance encéphalique.

Cela posé, il est évident que M. Gendrin ne prête aucun appui aux auteurs des traités et mémoires sur les ramollissemens asthéniques du cerveau et de la moelle épinière qui déterminent les convulsions et les paralysies partielles, et que le professeur Lallemand a si bien ralliés à l'inflammation.

Nous ne voyons donc pas sur quoi se fondent les reproches que l'auteur de l'*Histoire anatomique de l'inflammation* adresse aux médecins physiologistes, de ne voir qu'inflammation dans les ramollissemens de la substance nerveuse. Nul de nous n'a prétendu qu'aucun tissu du corps fût exempt du ramollissement, de l'exténuation, de l'atrophie, à la suite des maladies qui épuisent les forces vitales et portent des atteintes profondes à la nutrition. Nous supposer une telle opinion, c'est nous faire trop ignorans et trop niais pour que nous méritions l'honneur d'une réfutation. Il est probable que M. Gendrin n'était pas sans avoir fait ces réflexions lorsqu'il composa son ouvrage; mais il avait sans doute ses raisons pour critiquer les physiologistes, et nous nous abstenons de les rechercher.

Nous aurions la même recherche à faire sur les motifs qui ont porté l'auteur à prétendre que certaines gens nient les ramollissemens non inflammatoires des tissus musculaires et du cœur surtout. Ils ne s'aperçoivent pas, selon lui, que, lorsque le tissu musculaire doit sa mollesse à l'inflammation, il y a en même temps injection, épanchement de matière coagulable ou de pus, avec des points d'induration, et qu'il a existé pendant la vie des signes d'inflammation de l'organe. Ainsi voilà qu'il donne de la valeur aux signes d'inflammation dont il ne s'est point servi pour l'appréciation des ramollissemens du tube digestif. Après nous avoir supposés gratuitement aveugles et irréfléchis, il se met en désaccord avec lui-même en profitant de notre méthode. Voilà nos adversaires.

La question des *tubercules* est traitée avec beaucoup de soin par M. le docteur Gendrin. C'est la doctrine de Laennec qu'il professe ; ce qui nous dispensera d'une analyse détaillée. Nous nous contenterons de rassembler ses principaux argumens, c'est-à-dire ce qu'il y a de plus fort dans son raisonnement.

Les tubercules peuvent être le produit de l'inflammation, soit du parenchyme, soit des bronches; mais ils peuvent aussi être sécrétés sans que l'aiguillon inflammatoire en soit la cause déterminante (1).

(1) T. II, p. 600, et plusieurs autres passages du même chapitre.

On sait que nous avons admis cette dernière possibilité; mais en établissant que toujours l'irritation des tissus où il se forme de la matière tuberculeuse préside à leur sécrétion (1); et nous l'avons prouvé par l'examen des changemens qui surviennent dans les fonctions par l'influence du froid sur certaines prédispositions. Cette sécrétion a été rapportée à un mouvement organique subinflammatoire, tel qu'on l'observe chez les mammifères et les oiseaux des pays chauds transportés dans nos climats. Nous tenons si bien à cette doctrine, exposée dans nos premiers écrits sur les maladies pulmonaires, que nous l'avons reproduite dans nos leçons faites à la Faculté, en 1831 et 1832 (2).

Que nous veut donc M. Gendrin, et sur quoi se fondent ses déclamations? Il affecte de toujours parler d'inflammation sanguine préalable aux tubercules, après que nous avons dit et répété que, quoique cette inflammation en soit la cause la plus ordinaire, elle peut manquer sans que pour cela l'on soit en droit de nier l'existence, comme cause des tubercules, d'une irritation organique des tissus lymphatiques et aréolaires. Nous avons rassemblé tous les faits qui établissent l'existence de cette irritation, et nous les avons rendus si évidens, que nul esprit juste et patient dans l'exercice de la méthode déductive ne saurait plus les révoquer en doute. Que pouvons-nous faire de plus? Nous répéter?... cela serait fastidieux... En appeler au temps et n'ajouter d'importance qu'aux objections des hommes de bonne foi, qui ne nous combattront qu'après avoir tenu compte de toutes nos raisons?... c'est le parti que nous prenons, tout en laissant M. Gendrin se complaire dans la réfutation de propositions que nous n'avons point avancées. Il nous a fait, sur le rôle que joue l'inflammation dans la formation des tubercules, plus de concessions que Laennec, et beaucoup plus qu'il n'en fallait pour assurer le triomphe de la doctrine physiologique.

C'est par l'*anatomie comparative des tissus squirrheux et carcinomateux, et des tissus enflammés*, que cet auteur termine son important travail.

Il ne voit dans le *squirrheux* et le *carcinomateux* que deux degrés de la même affection : le premier ressemble à la couenne de lard, et est dit aussi *lardacé;* le second au cerveau d'un enfant, et a reçu depuis peu le nom de tissu *cérébriforme* ou *encéphaloïde*. Les deux sont identiques dans tous les organes, dans tous les tissus de l'économie. L'encéphaloïde est souvent le résultat du squirrheux, qui paraît être son premier degré; mais il peut aussi exister primitif. Les tumeurs que ces tissus forment sont bosselées, inégales, formées de lobes et de lobules séparés par du tissu cellulaire; la masse entière en est aussi entourée, et ce tissu n'offre aucune trace d'inflammation tant que le squirrhe ou l'encéphaloïde ne sont pas ramollis. Ces tumeurs peuvent être arrachées, par une sorte d'énucléation, sans déchirure du tissu cellulaire qui les contient.

Telle est la description : remarquez toutefois que ces tissus prétendus étrangers reçoivent, nous dit l'auteur, des vaisseaux sanguins, et que, lorsqu'ils se ramollissent, l'inflammation se développe dans les cellules qui séparent leurs lobes et leurs lobules.

Notez encore que l'induration, en forme de racines plus ou moins régulières dans le pourtour de ces tumeurs, ne fait de grands progrès que lorsqu'elles sont en fonte purulente, ou, comme on dit vulgairement, dans l'état de cancer ouvert.

L'auteur nous dit que, puisqu'il n'y a d'inflammation dans le tissu cellulaire qui circonscrit les squirrhes et les carcinomes que lorsqu'ils sont en état de ramollissement, ce n'est pas l'inflammation qui les produit.

On lui accorde cela pour certains squirrhes et carcinomes, puisque les sens le démontrent; mais il n'en résulte pas qu'il n'existe point, dans les tissus qui les sécrètent, un mode d'irritation d'une nuance inférieure à la véritable inflammation sanguine; en un mot une *subinflammation* qui préside à leur sécrétion. Dans le début, elle est bornée au noyau primitif sur lequel la cause déterminante a porté son action; mais aussitôt que ce noyau est dans un état véritablement inflammatoire, c'est-à-dire que la subinflammation qui y régnait est devenue une véritable inflammation, cette inflammation irradie dans le pourtour, en s'affaiblissant, comme toutes les phlegmasies, et à quelque distance elle se trouve tellement faible qu'elle n'est plus qu'une subinflammation semblable à celle qui siégait autrefois dans le noyau primitif, et produisant, comme elle, une sécrétion squirrheuse ou encéphaloïde.

L'induration secondaire éclaire donc la nature de l'induration primitive; l'une et l'autre tendent à la véritable inflammation, qui plus tard se répète dans les grands viscères, et amène la destruction de l'individu. On a dit qu'alors il y avait *diathèse cancéreuse;* cela n'est pas général, à beaucoup près; il arrive bien quelquefois que, à l'occasion d'un cancer de l'extérieur du corps, il y en a d'autres de produits dans le cerveau, les poumons, les voies digestives; mais le plus souvent il ne s'y développe que de l'inflammation. La différence vient de la prédisposition des sujets; tous sont propres à l'inflammation, un moindre nombre l'est à la subinflammation, et chez ceux-ci elle se borne à la partie extérieure sur laquelle ont agi les stimulations immédiates.

M. Gendrin dit que la véritable inflammation s'allume tôt ou tard dans les tissus squirrheux et encéphaloïdes, qu'elle les gonfle, les fait crever en ramollissant la matière indurée, et produit un véritable pus, mais qui ne saurait être pur, et qui, mêlé au suintement séreux, au sang et à la matière cérébriforme fondue, donne l'ichor cancéreux.

Cela nous paraît juste, si l'on admet le mouvement subinflammatoire qui règne encore dans les aréoles où l'inflammation ne prédomine pas. Voilà ces phlegmasies mixtes, désorganisatrices, dont nous avons tracé les caractères dans l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, en 1809.

Maintenant si l'on convient que l'irritation inflammatoire s'affaiblit en s'irradiant, de manière qu'il ne reste que de la subinflammation à une certaine distance du noyau central, que cette subinflammation va sécrétant la matière squirrheuse, ou plutôt encéphaloïde, qui s'infiltre dans les tissus, et que l'inflammation, qui marche derrière elle, vient fondre en y mêlant un suintement séreux, du sang et du véritable pus, tout sera expliqué, hors la formation primitive du squirrhe, ou de la matière cérébriforme, dont nous allons avoir présentement à nous occuper.

La première donnée nous sera fournie par l'auteur

(1) Voir les réfutations de Bayle et de Laennec.

(2) Les expériences de M. Flourens, sur des poulets, que le froid a rendus tuberculeux dans le poumon, et d'autres que nous avons faites, et que nous répétons encore dans le même genre, viennent à l'appui de cette idée, émise par nous, que la diminution des excrétions cutanées détermine un surcroît d'exhalation irritative dans les tissus lymphatiques et aréolaires de l'intérieur, et que cette sorte de subinflammation est une des causes de la production de tubercules.

lui-même, qui, après avoir établi que la sécrétion de la matière squirrheuse et de l'encéphaloïde, que nous nommerons, pour abréger, matière cancéreuse, puisqu'elle est pour notre auteur l'élément biforme du cancer, est indépendante de l'inflammation, nous accorde que l'irritation peut, sinon la déterminer, au moins la précéder. Il se fonde sur ce que jamais cette sécrétion n'est plus abondante autour des tumeurs squirrheuses que lorsque l'inflammation règne dans leur centre. Mais ce fait, que nous venons de faire valoir ne suffit pas pour le convaincre; il n'est pas plus convaincu par la production du cancer sous l'influence des affections scrofuleuses, dartreuses, vénériennes; il ne voit pas sans doute dans ces maladies des irritations qui, long-temps entretenues dans certaines nuances, peuvent déterminer la sécrétion de la matière cancéreuse; et malgré tous ces faits, il nous assure que le plus souvent la matière cancéreuse précède toute irritation locale.

M. Gendrin ne tient non plus aucun compte des causes traumatiques, telles que chutes, percussions, contusions quelconques, efforts violens, qui, dans une foule de cas, ont agi sur le foyer primitif des carcinomes extérieurs; il ne fait pas plus de cas des stimulations long-temps souffertes par les organes intérieurs avant qu'ils deviennent carcinomateux, comme on le voit pour le col utérin, l'estomac, les intestins; il ferme les yeux sur les effets des affections morales, pour les carcinomes des centres nerveux, sur ceux des déplacemens et transports de phlegmasie et de subinflammation pour tous les tissus, comme si tout cela n'agissait pas en irritant.

Quel fondement a-t-il donc pour nous affirmer que le cancer peut se former sans irritation? Je présume qu'il n'en a point d'autre que l'opinion de certains auteurs, à moins que je n'admette qu'il le sait par inspiration, car puisque dans tous les cas où la matière cancéreuse peut être attribuée à une cause, cette cause est évidemment irritante.

Il s'appuie, dira-t-on, des cas où elle paraît sans irritation préalable... Mais ces cas ne doivent pas compter : ils n'ont aucune valeur, car ils sont négatifs, et nous dirons avec fondement que ce sont des cas mal observés, ou bien des cas dans lesquels on s'est tu à dessein sur la cause déterminante des carcinomes. Ce vice est en effet celui des chirurgiens non physiologistes, qui, tout préoccupés de leurs procédés opératoires et de leurs pansemens, négligent et méprisent ce qui concerne la vie des organes malades, pour s'occuper uniquement de la partie mécanique du traitement, base ordinaire de leurs succès et de l'éclat qu'ils jettent dans le monde. Voilà pour les carcinomes externes; quant à la cause des internes, quel compte pouvaient en rendre les anciens médecins qui ne voyaient que des altérations humorales pour causes premières de toutes les maladies? et, parmi les modernes, qu'en pouvaient dire de raisonnable les animistes, les browniens et les ontologistes, qui avaient transformé nos maux en des entités immatérielles?

Ce n'était point à de pareilles sources que M. Gendrin pouvait puiser des lumières; aussi son opinion, relativement à la cause déterminante des carcinomes, paraît-elle s'être fondée sur l'insuffisance de l'observation de ses prédécesseurs. Il a dit tout simplement : Puisque le plus souvent on ne voit point de cause déterminante de nature irritative au carcinome, c'est que le plus souvent il n'en a point; puisqu'on lui en trouve quelquefois, c'est que quelquefois il en a. — Ce n'est pas là de la science, et M. Gendrin doit bien s'attendre qu'on ira plus loin.

M. Gendrin répète encore, avec le vulgaire des médecins : Si l'irritation prolongée dans une faible nuance suffit pour produire les squirrhes et les encéphaloïdes, pourquoi ne les produit-elle pas toutes les fois qu'elle existe? Elle produit bien les inflammations chroniques : on peut faire naître et entretenir celles-ci à volonté. Il n'en est pas ainsi de la matière cancéreuse (1) : elle a donc sa cause particulière, indépendante de l'irritation, et cette cause est un vice inexpliqué de la nutrition.... Nous répondrons : Sans doute, elle a sa cause, et cette cause est provisoirement désignée par le mot de *prédisposition*, pour la matière cancéreuse, comme pour la tuberculeuse... Cette cause n'est pas satisfaisante, dira-t-on... Elle l'est autant que la prédisposition à vingt phlegmasies de divers siéges et nuances, sous l'influence d'une seule cause déterminante. Sait-on pourquoi le froid produit plutôt une fièvre d'accès que des convulsions, des rhumatismes, etc.? N'y a-t-il pas vice de nutrition dans toutes les phlegmasies, et cela empêche-t-il que l'on ne soit assuré que le froid peut en être la cause déterminante? Pourquoi ne ferait-on pas le même raisonnement par rapport aux matières cancéreuses et tuberculeuses? Est-il vrai ou ne l'est-il pas que, sans l'irritation déterminante, la prédisposition reste muette et ne détermine ni l'une ni l'autre de ces dégénérations? Est-il vrai qu'une certaine hygiène et les changemens que les âges amènent, annulent les prédispositions dont il s'agit? Voilà les questions vitales sur cette matière. C'est de leur solution qu'il faut s'occuper, et non de vaines subtilités que nous ont léguées les temps d'ignorance et qui sont sans cesse rebattues par des médecins sans profondeur ou dévoués à des coteries. Or, nous admettons l'affirmative de ces deux questions et nous invitons tous les bons esprits, les seuls qui puissent nous entendre, à les étudier par l'observation rigoureuse des faits.

Deux moyens sont encore mis en usage par l'auteur pour faire valoir la cause qu'il défend. Le premier est d'appeler la matière encéphaloïde ou squirrheuse *tissu*, au lieu de *matière*; le second est de faire ressortir la différence, en effet très réelle et non contestée, qui s'observe entre les tumeurs et les ulcères où cette matière existe et ceux où elle n'existe pas, et où il n'y a que de l'inflammation.

Le premier de ces moyens lui a été suggéré par Bayle, Laennec et les fatalistes; il est mauvais : la dissection prouve que ni les squirrhes ni les encéphaloïdes ne sont des tissus nouveaux. Ils ne le sont pas plus que les tubercules. Il ne s'agit ici que de la matière animale fluide, circulant d'ordinaire avec liberté dans nos vaisseaux et à travers nos tissus, mais qu'une cause quelconque a fixé, en altérant plus ou moins, dans des canaux très fins, où il n'y a pas de sang rouge, et dans des aréoles également dépourvues de sang.

La principale question qui se présente est donc la détermination des modificateurs appréciables à nos sens, sous l'influence desquels cette fixation peut s'opérer; et nous avons déjà vu que toutes les fois que ces modificateurs ont pu être observés, ils agissaient par l'irritation, ou, si l'on aime mieux, en irritant long-temps, et dans une nuance légère, les tissus où se sécrète la matière dite cancéreuse.

(1) Nous pensons que les expérimentateurs réussiront à produire le squirrhe et le carcimone à volonté : il ne s'agit que de trouver un procédé pour entretenir l'irritation dans les tissus capables de sécréter la matière squirrheuse. Quant à la tuberculeuse, l'expérience est déjà faite.

M. Gendrin lui-même nous a déclaré que dans le *noli me tangere* ou bouton chancreux de la face, l'inflammation préside toujours à la sécrétion de la matière cancéreuse.

Le second moyen ou l'attention de faire ressortir les différences qui existent entre les carcinomes ou les cancers, et les inflammations chroniques, ne doit pas nous arrêter, car cette différence ne fait rien à la cause déterminante de la sécrétion cancéreuse.

Pour donner plus de poids à sa réfutation de la nature inflammatoire du squirrhe, du carcinome et du cancer, M. Gendrin examine les explications que les physiologistes ont données de la manière dont l'inflammation les produit. Ce point exige de nous un nouveau degré d'attention.

Après avoir mentionné les opinions des anciens qui attribuèrent le cancer à l'atrabile, à une fermentation acide ou alkaline, qui se développerait dans la lymphe arrêtée, et quelques autres rêveries peu dignes de réfutation, il parle de l'opinion de M. Broussais, que, dit-il, il n'a développée nulle part (cela est écrit en 1826) d'une manière complète. J'aurais dit, suivant lui, que l'inflammation chronique prolongée finit par produire une sécrétion lymphatique dans l'épaisseur d'un tissu; que la lymphe peut y être altérée par l'irritation des vaisseaux blancs; qu'elle cesse, au bout d'un certain temps, d'être sous l'influence vitale; qu'elle s'altère, se ramollit, et qu'ainsi se trouve compromis le tissu affecté, d'où les ulcérations phagédéniques, cancéreuses, vrai mode d'ulcération inflammatoire.

Cette explication lui paraît peu satisfaisante, et cela ne peut être autrement, grâce à l'altération qu'on lui fait subir. M. Gendrin a fondu ensemble et appliqué au cancer seul deux explications destinées à des altérations différentes. Je n'ai jamais dit que l'inflammation seule produisît le carcinome; j'ai dit qu'il pouvait être une de ses terminaisons, comme l'avaient observé les anciens; mais que quelquefois il naissait sans véritable inflammation sous l'influence d'une irritation locale.

Je n'ai jamais avancé que l'engorgement carcinomateux cessât d'être sous l'influence vitale; c'est de la lymphe extravasée par l'inflammation dans certains tissus qui ne tendent point au carcinome que j'ai dit cela, et j'ai ajouté que la résorption de la partie la plus liquide permettait aux sels calcaires de se rapprocher, et de produire des concrétions telles qu'on en voit dans certains ganglions lymphatiques, et surtout au pourtour des articulations goutteuses. Mais cela ne ressemble point au cancer.

J'ai toujours pensé et dit que les tissus indurés en blanc ne cessaient point d'être sous l'influence vitale; qu'il y régnait une irritation organique que j'ai appelée subinflammation, et que l'augmentation de cette irritation, au bout d'un temps plus ou moins long, amenait définitivement un état inflammatoire. J'ai ajouté que cet état inflammatoire, trouvant la partie altérée par un mode de nutrition vicieuse, auquel elle s'était habituée pendant le règne exclusif de la subinflammation et ne pouvant marcher franchement vers la suppuration, produisait un ulcère qui désorganisait successivement et en détail, non seulement le tissu primitivement affecté, mais aussi les parties environnantes dans lesquelles il se propageait après les avoir préalablement indurées par la subinflammation pure, son avant-coureur ordinaire. J'ai même ajouté que si, au lieu d'être lente, cette inflammation consécutive marchait avec impétuosité, et s'étendait rapidement dans toute la masse indurée, elle pouvait la faire passer à l'état gangréneux, la séparer des parties vivantes, et devenir ainsi le préservatif du cancer.

Voilà ce que j'ai dit, et non la niaiserie que l'on me prête. Or c'est précisément, comme nous l'avons vu, ce que M. Gendrin s'est attaché à prouver pour les cas, selon lui, les plus rares, où l'inflammation précède le carcinome. Quant à cette inflammation qu'il fait toujours intervenir lors de la fonte du squirrhe, c'est nous qui l'avons distinguée du reste, et qui l'avons établie; mais loin de la faire provenir, comme les fatalistes, de la fonte préalable et spontanée du squirrhe, nous l'avons fait résulter des progrès de l'irritation, et produire, par la congestion et l'afflux séreux qu'elle cause, le ramollissement et la fonte des liquides et des tissus indurés; et cette inflammation, coopérant avec la subinflammation ancienne à la destruction cancéreuse, a été dite par nous *inflammation mixte* (1). Or, M. le docteur Gendrin, en mêlant son inflammation consécutive avec la matière fondue et avec la sérosité du sang qui l'empêchent de marcher franchement, a reproduit, avec quelque altération, notre inflammation mixte agissant sur un tissu subenflammé qui végète anormalement. Pourquoi donc critiquer ceux que l'on imite? pourquoi surtout hausser les épaules sur leur compte en les paraphrasant?

Suivant M. Gendrin, MM. Breschet et Ferrus auraient donné une explication beaucoup plus complète et plus digne de réfutation dans le *nouveau Dictionnaire des sciences médicales*; mais qui d'ailleurs n'est que celle de M. Broussais un peu modifiée. Nous allons voir.

L'irritation précède; elle produit un engorgement qui ne peut être résorbé à cause de la plasticité de l'humeur et de sa tendance à oblitérer les vaisseaux, à s'organiser. Du reste, ces auteurs font dépendre la désorganisation cancéreuse d'une nouvelle cause irritante ou de l'irritation causée par la tumeur elle-même, d'où résulte une inflammation qui, trouvant les tissus dans une disposition peu favorable à une bonne suppuration, produit toutes les altérations du cancer. Ainsi, si l'engorgement est profond, le détritus qui en résulte est une matière cérébriforme; si beaucoup de sang épanché se mêle à ce détritus, il peut en résulter un fongus hématode par la liqueur albumineuse exhalée et imparfaitement organisée, qui tend toujours à produire de petits vaisseaux, comme on le voit dans les fausses membranes. De là toutes les variétés que présente le cancer, tels que carcinome, fongus hématode, tumeurs encéphaloïdes, toutes dégénérescences provenant d'une inflammation antérieure.

Voilà comme M. Gendrin rend les idées de ces messieurs, qui, suivant lui, sont bien plus satisfaisantes que celles de M. Broussais: cependant il va les réfuter. Il n'aura pas de peine; car, pour avoir voulu aller plus loin que nous, ces messieurs ont prêté le flanc aux ennemis de notre doctrine. M. Gendrin leur prouve facilement que la plasticité des fluides arrêtés ou épanchés, et leur tendance à s'organiser, ne sont nullement un obstacle à leur résorption, puisque non seulement les fausses membranes et les kystes, mais encore les os, les cartilages, les infiltrations et les concrétions tophacées, peuvent être absorbés en totalité. D'autre part, il est gratuit, assure-t-il, de supposer la cause irritante, qui occasionne la dégénération, dans la pression de la tumeur, puisqu'une foule de tumeurs, même

(1) Voir les prolégomènes de l'*Histoire des phlegmasies*.

énormes, peuvent être supportées impunément, et que d'ailleurs celles qui agissent comme corps étranger dans l'intérieur des tissus ne tardent pas à en être isolées par un kyste.

Quant à l'explication de la dégénérescence par les conditions défavorables qui empêchent l'inflammation consécutive de produire un bon pus, comment notre auteur l'admettrait-il lorsqu'il observe que tous les autres tissus indurés par l'inflammation, sous les formes différentes du squirrhe et de l'encéphaloïde, tels que les tuméfactions scrofuleuses, dartreuses, les kystes, etc., sont amenés par l'inflammation à la résolution, à la suppuration ou à la gangrène, et lorsque, malgré le mauvais pus qu'ils fournissent, ces tissus ne laissent pas de permettre une cure parfaite après leur entière destruction.

Ces messieurs auraient pu lui répondre que la gangrène peut aussi détruire les masses carcinomateuses, et que d'ailleurs il n'est point prouvé qu'une inflammation consécutive, qui marche vite, ne puisse pas faire suppurer et fondre impunément les masses squirrheuses et encéphaloïdes, puisqu'elle enlève souvent des tumeurs blanches bosselées, et que personne ne peut affirmer que ces tumeurs n'aient pas contenu de la matière dite cancéreuse, puisque l'existence d'une telle matière ne peut être démontrée, de l'aveu même de l'auteur, que par la nécroscopie. D'ailleurs il leur reste encore la prédisposition que M. Gendrin ne peut leur enlever.

Cet écrivain les poursuit plus loin encore. Cette induration, qu'ils supposent toujours la suite d'une phlegmasie, n'en dépend point selon lui : quel rapport, ajoute-t-il, entre les bosselures du cancer en lobules et cette infiltration irrégulière de matière coagulable entre les mailles d'un tissu, que l'on voit à la suite des inflammations? celle-ci ne prend jamais de forme spéciale, et n'existe point sans l'injection inflammatoire du tissu qu'elle engorge; tandis que les cellules qui séparent les lobes et les lobules des tissus encéphaloïdes et squirrheux, sont toujours sans hyperhémie, jusqu'au moment du ramollissement et de la liquéfaction, qui amènent l'inflammation consécutive.

Cette objection est la plus forte contre ces messieurs, qui n'ont point admis, pour cause, une subinflammation, mais toujours l'inflammation ordinaire et normale. C'est par là qu'ils ont donné jusqu'ici tant d'avantage à M. Gendrin, comme on l'a vu par toutes les autres objections qui précèdent. Ils n'ont vraiment aucun moyen de lui résister.

Ce qui contredit, selon lui, tous les faits les mieux observés, c'est l'assertion de ces auteurs que la matière cérébriforme est déposée dans un foyer, et est le détritus d'un tissu induré, qui passe de l'état organique à l'inorganique par suite de l'inflammation secondaire. Il répond à cela, 1°, que la matière encéphaloïde existe souvent seule, et si bien organisée, qu'elle reçoit des vaisseaux; 2°, que véritablement textile, elle ne ressemble en rien à un détritus accumulé dans un foyer; 3°, qu'un foyer ou des foyers n'y existent point nécessairement; 4°, que ni le tissu qui sépare les lobules, ni les circonvoisins ne présentent l'aspect qu'ils ont dans toutes les inflammations possibles; car ils sont, comme la matière squirrheuse, entièrement pâles et exempts d'injection, de toute tuméfaction.

On voit clairement désormais que tous les avantages de M. Gendrin, dans cette discussion, viennent de ce qu'il n'a eu à combattre que l'inflammation sanguine ordinaire, que messieurs du *nouveau Dictionnaire* ont seule admise comme cause génératrice des cancers. S'ils eussent, à notre exemple, choisi pour mobile l'irritation non sanguine ou la subinflammation, M. Gendrin n'aurait pu annuler leur doctrine comme il l'a fait. Nous l'avons montré plus haut, et cet auteur va encore nous en fournir une nouvelle preuve.

Son dernier argument est le suivant :

Quand bien même on pourrait toujours considérer l'inflammation consécutive comme la cause du ramollissement, de la désorganisation et de l'ulcération, *ainsi que cela arrive quelquefois* (quel aveu!), cela n'expliquerait pas la production de la dégénérescence et de la désorganisation dans les tissus voisins; car il ne s'agit plus ici d'une inflammation modérée, chronique, produisant un engorgement qui, avec le temps, dégénère; c'est une infiltration de *substance* squirrheuse et encéphaloïde qui se fait dans le tissu subjacent à l'ulcère; tissu qui n'est ni rouge ni injecté, et n'offre aucun phénomène d'inflammation : il s'infiltre donc, ajoute l'auteur, par un autre mécanisme; car l'infiltration dépasse les limites de l'inflammation.

Point de réponse à ce raisonnement, si l'on veut toujours de l'inflammation pour produire les carcinomes et tous les noyaux de cancer; mais si l'on met en place une irritation organique congestive de fluides blancs, et sécrétoire, sans nécessité d'une hyperhémie inflammatoire, M. Gendrin perd tous ses avantages, ainsi que nous l'allons voir.

Il accorde lui-même, car il faut bien céder aux faits, que l'irritation précède les indurations primitives; il se contente d'atténuer le nombre des cas où cela existe. Mais l'observation est là qui le mettra seule en échec, en lui montrant que ces cas sont beaucoup plus nombreux qu'il ne le pense, et qu'il ne les croit si rares que parce qu'il s'en est rapporté à des historiens négligens ou infidèles de l'étiologie du cancer : on lui demandera ensuite comment il peut affranchir de l'influence de l'irritation des désordres qui en dépendent évidemment dans une foule de cas, et qui marchent avec elle et dans la même raison, comme on en obtiendra l'aveu de tous les praticiens clairvoyans et de bonne foi, qui savent que plus on stimule un carcinome, plus il fait de progrès.

M. Gendrin veut que l'infiltration de la matière cancéreuse dans le pourtour des squirrhes passés à l'état de cancer ne soit pas l'effet d'une inflammation à produit plastique, attendu que la plasticité ne suffit pas pour retenir la matière épanchée. Il a raison sans doute; mais il n'aura rien à répondre lorsqu'on lui dira que c'est une irritation permanente, qui retient dans ces tissus la matière qu'elle a fait sécréter, et s'oppose à sa résorption. Ce qui viendrait déposer contre lui, en cas de négation de sa part, c'est encore qu'il est évident pour tous les honnêtes gens qui pratiquent la médecine, que plus on irrite une tumeur squirrheuse, plus elle croît vite, et que plus on stimule une surface ulcérée, cancéreuse, plus son induration ambiante fait de progrès, à moins que la stimulation n'amène la conversion du tout en une masse gangréneuse, ou ne la jette dans une fonte purulente rapide, ce qui est rare.

M. Gendrin ne veut pas que la matière encéphaloïde soit le résultat d'un détritus causé par l'inflammation, et certes il n'a pas tort; mais il veut, avec les fatalistes, que cette altération, ainsi que la squirrheuse ou lardacée, soient des tissus organisés, animés d'une vie indépendante, des espèces d'êtres vivans, parasites. Et sur ce point, quoiqu'il ait tort, il ne peut être réfuté par ceux qui ne voient

qu'une inflammation pour cause des indurations qui nous occupent : en effet, ils ne lui prouveront pas que l'inflammation existe là où elle n'existe pas; mais que répondra-t-il à ceux qui prennent pour mobile une irritation sans hyperhémie, lorsqu'ils lui diront que les cloisons qui séparent les lobes et les lobules ne sont autres que les tissus laminaires, vasculaires ou aréolaires de l'organisme, puisqu'ils en reçoivent les vaisseaux, et que la matière qui les remplit est analogue à celle qui parcourt le cercle circulatoire? Il soutient que cette matière est formée dans des tissus qui lui sont propres, indépendamment de l'irritation; en un mot, il la forme avec ces mêmes tissus pour en faire un tissu morbifique spécial; mais il se réfute lui-même en nous disant qu'elle s'infiltre dans les aréoles cellulaires autour des foyers cancéreux. Qu'est-ce en effet qu'un tissu qui s'infiltre dans un autre tissu? N'est-il pas clair qu'il n'y a autre chose ici qu'un dépôt d'albumine ou de fibrine, etc., dans les tissus qui se trouvent à une certaine distance de l'ulcère, dépôt sans hyperhémie, dépôt en proportion de l'irritation (chose prouvée, subinflammation), pendant que l'inflammation elle-même est dans le centre et dans les bords de cet ulcère, avec son hyperhémie et sa suppuration? Qui ne voit clairement que cette inflammation, gagnant successivement les tissus subenflammés, leur communique ses attributs, diversement combinés avec les leurs, et qu'il y a perpétuellement production de la subinflammation à distance, par le stimulus d'un foyer inflammatoire voisin, et puis envahissement du tissu subenflammé par l'inflammation, d'où résulte le détritus cancéreux?

M. Gendrin demande pourquoi, si l'inflammation modérée et prolongée est la cause du squirrhe et de l'encéphaloïde, elle ne les produit pas toutes les fois qu'elle existe avec ces mêmes conditions. Il a raison si l'on veut que l'inflammation chronique soit la seule cause de ces altérations. Mais si l'on pose, comme condition de leur production, l'existence d'un état subinflammatoire régnant dans les tissus blancs, il aura tort, car lui-même est convenu que la matière cancéreuse est quelquefois produite par l'inflammation, ce qui, pour lui, est inexplicable, mais ne l'est point pour ceux qui ne voient dans cette production que le stimulus de l'inflammation, qui, en s'affaiblissant, laisse à sa suite une irritation subinflammatoire. Ces derniers lui diront que la rareté de la prédisposition à la subinflammation suffit pour expliquer pourquoi l'inflammation chronique ne produit pas toujours le carcinome et le cancer.

Il résulte de toute cette discussion, que le point cardinal de la doctrine des physiologistes est l'existence d'une irritation sans hyperhémie, circonscrite dans les tissus lymphatiques, lamineux, aréolaires, qui altère leur exhalation, leur nutrition, y retient et y fixe l'albumine et la fibrine du sang, et produit ainsi, non seulement la matière dite squirrheuse et celle nommée encéphaloïde, mais aussi la dégénération tuberculeuse, la mélanose, les dépôts de matières grasses dégénérées, de matières d'aspect de miel, d'apparence de suif, et d'autres produits, les uns consistans, les autres fluides, et très souvent fluides avant qu'un surcroît d'irritation ou une inflammation consécutive se soit développée dans les tissus qui les contiennent.

On veut que toutes les tumeurs susceptibles de la dégénération cancéreuse soient primitivement solides, et qu'en se fondant ensuite par un mouvement de décomposition spontané, elles attirent le sang, qui souvent s'extravase dans leur centre, et développent autour d'elles l'inflammation.

Cette opinion est erronée : les humeurs contenues dans ces tumeurs sont tantôt solides, tantôt plus ou moins fluides; et suivant le tempérament de la partie subenflammée, suivant le degré d'irritation locale qui les accumule, suivant le degré de chaleur, suivant la résorption, et cela dès le moment de leur accumulation, elles forment des nuances multipliées depuis l'infiltration gélatiniforme, ressemblant à la chair de l'orange, jusqu'à la consistance fibreuse la plus rapprochée du fibro-cartilage normal. Cela n'empêche pas que celles de ces humeurs qui sont solides ne puissent se liquéfier par une inflammation accidentellement provoquée dans les tissus qui les contiennent, ou par l'ascension progressive du mouvement subinflammatoire qui les a retenues et accumulées; car l'inflammation détermine dans les aréoles un afflux de liquides séreux, mêlé de globules sanguins qui leur fait perdre leur consistance, ou les détache par flocons. Mais il peut aussi arriver que cette inflammation leur donne plus de consistance qu'elles n'en avaient en déposant de la fibrine dans leurs aréoles, en déterminant la résorption de la partie la plus fluide de ces épanchemens. En résumé, nous dirons : lorsque ces collections subinflammatoires sont bien fluides, elles ne passent point à l'état cancéreux. L'inflammation consécutive ne s'y développe pas, ou s'y trouve trop peu active pour les porter au cancer. Lorsqu'elles sont, dès leur formation, très consistantes, l'inflammation ne peut y pénétrer; elles se dessèchent, deviennent fibreuses ou purement calcaires, et sont également exemptes de la dégénération cancéreuse, du moins dans leur centre; car il peut se trouver des cas où il s'en forme dans leur pourtour. C'est un degré moyen de consistance et d'irritabilité qui favorise la conversion au cancer; car l'irritabilité locale ne joue pas ici un rôle moins important que l'humidité et la consistance. Il y a dans tout cela des nuances et des différences très multipliées de prédominance séreuse, albumineuse, fibrineuse; et vouloir réduire toutes les tumeurs blanches à la forme lardacée ou à l'encéphaloïde, c'est une erreur que l'observation ne saurait manquer de détruire avec le temps. C'en est une aussi de soutenir que l'ulcère rongeur et cancéreux ne s'établit que sur ces deux modes d'altérations; mais comme nous avons discuté plus haut sur ce point, nous ne jugeons pas à propos d'y revenir. Voyez aussi l'*Histoire des phlegmasies*, où cette question est traitée *ex professo*.

Nous terminerons l'examen de l'ouvrage de M. Gendrin en rassemblant les propositions de son résumé, et mettant à leur suite nos réponses.

Les cancers ne sont point des inflammations ni des suites d'inflammations, car :

1° *Leurs caractères manifestes diffèrent de ceux des inflammations...* Accordé que les cancers ne sont point des inflammations pures et simples; mais non qu'ils ne puissent pas leur succéder, si le tempérament général et celui de la partie sont favorables à cette transformation, c'est-à-dire à l'état subinflammatoire

2° *Ils ne sont pas nécessairement précédés de l'inflammation...* Cela est vrai; mais ils le sont de la subinflammation qui les explique; tandis qu'on ne saurait expliquer sans elle pourquoi tantôt ils succèdent, et tantôt ils ne succèdent pas à l'inflammation.

3° *L'inflammation n'explique ni leurs accidens ni leurs désordres...* Sans doute; mais la subinflammation les explique assez.

4° *Les causes des phlegmasies ne les produisent*

pas; ils ne s'annoncent pas par les mêmes symptômes... Les causes des phlegmasies peuvent les produire, puisqu'elles agissent en irritant; mais la prédisposition générale, et surtout la locale, font qu'elles occasionnent plutôt la subinflammation que l'inflammation, ou que la subinflammation succède à l'inflammation dans le lieu malade.

5° *Un tissu organisé non propre aux phlegmasies, propre à eux seuls, les précède...* Ce tissu n'est que celui de l'économie engorgé et altéré par la subinflammation qui déprave sa nutrition.

6° *La formation de ce tissu, par la sécrétion, dans la partie malade, d'une substance qui, après s'être organisée, se désorganise, s'explique bien par un vice de nutrition...*

Ce n'est point la substance sécrétée qui s'organise, et se crée des vaisseaux qui se mettent en rapport avec ceux de l'économie : cela ne se voit que dans les produits de l'inflammation, après laquelle il n'y a point désorganisation spontanée, cancéreuse, mais réduction des fausses membranes en lames fibreuses, semblables aux normales. L'idée d'un tissu morbide *sécrété*, on ne sait pourquoi, qui s'organise tantôt sous le stimulus de l'inflammation, tantôt sans cela (deux conditions tout opposées), pour se désorganiser ensuite par un mouvement inflammatoire, qu'il produit toujours lui-même, et qu'il communique aux tissus sains pour les désorganiser avec lui, est une conception irrégulière, bizarre, monstrueuse, qui n'a point le cachet de la vérité et de la simplicité qu'offrent toujours les phénomènes de la nature lorsqu'ils sont bien connus. Ce tissu chimérique est démenti par toutes les observations bien faites, suivies, pendant l'action des causes prédisposantes, des causes déterminantes, des causes accélératrices et retardatrices de la marche, et par l'examen attentif des lésions souffertes par les autres organes, et par leurs altérations cadavériques; en un mot, l'existence d'un tel tissu est démentie par les observations complètes. Ce sont elles qui démontrent que la formation, les progrès et la destruction des masses cancéreuses, et de l'individu qui en est la victime, existent sous l'influence de l'irritation subinflammatoire qui retient certains fluides dans la partie, et se convertit enfin en véritable inflammation. Il y a là un état de la substance nerveuse locale qui n'est pas bien connu, et qu'il faut découvrir et caractériser. Le roman de ce tissu, tel qu'il est ici présenté, est fondé sur des observations incomplètes.

7° *Les substances squirrheuses et carcinomateuses sont identiques dans tous les tissus, et l'inflammation et ses désordres varient dans chaque...*

L'identité, quand elle existe dans les tissus squirrheux, vient de celle des lamelles vasculaires, cellulaires, aréolaires, qui sécrètent la matière morbide, et du tempérament local; mais il se montre dans cette matière des variétés que l'auteur n'a pas mentionnées (voir là-dessus page 516). L'identité, quand elle existe, et les variétés de l'inflammation, sont les mêmes, et ont les mêmes fondemens. L'auteur l'a avoué lui-même en déclarant que l'inflammation et le pus, son produit, sont identiques dans tous les organes, et ne varient que par des circonstances dépendantes des modifications de l'organisation, du degré de l'irritation, des sécrétions ou exhalations propres à chaque organe, des matières colorantes, etc. Il se trouve donc ici en contradiction avec lui-même. Or, les mêmes circonstances produisent les variétés que l'on observe dans les produits de la subinflammation. Cette septième proposition est donc erronée.

Les conclusions de notre auteur sont les suivantes :

(A) *La phlegmasie est une maladie de tous les tissus, puisqu'elle se laisse modifier par eux;*

(B) *Le cancer dépend d'une substance morbide, primitivement formée, et non assujettie aux lois des tissus.*

Le tissu lamineux, qui fait la base de tous les organes, est également le siége de l'inflammation et de la subinflammation. Il est certain que l'inflammation se laisse modifier par les différens tissus qui sont mêlés avec le lamineux; mais en est-il donc autrement de la subinflammation? La subinflammation est aussi modifiée par les différences provenant des autres tissus de la partie malade et de leurs humeurs propres, puisqu'elle se montre diversiforme, étant tantôt tuberculeuse, tantôt lardacée, tantôt encéphaloïde, tantôt gélatiniforme, ou albuminiforme, imitant la chair d'orange, tantôt d'apparence adipeuse, tantôt melliforme ou athéromateuse et semblable à du suif; le tout, avant comme après le développement du mouvement inflammatoire désorganisateur qui constitue ce qu'on appelle le cancer. Or, l'ulcération cancéreuse peut se former sur la majeure partie de ces tissus, mais non sur tous; cela dépend du degré de vitalité, etc. Donc le cancer ne dépend pas d'une substance morbide primitivement formée, et non assujettie aux lois des tissus.

Nous n'avons point parlé des végétations ou fongosités; mais comme on les observe sur toutes les surfaces ulcérées, quel qu'en soit le fond, sur les muqueuses, et même sur les séreuses lorsqu'elles sont surirritées, soit qu'il existe ou non influence d'une prétendue virulence, nous ne pouvons y voir autre chose qu'une vice de la nutrition, déterminé par l'irritation, et jamais par l'inertie.

Tel est l'important travail de M. Gendrin. On voit qu'il a rendu tous les désordres organiques à l'inflammation, moins le tubercule, le squirrhe et la matière encéphaloïde. S'il n'a pas rallié ces dernières altérations à un mouvement organique irritatif, d'une nuance inférieure, et caractérisé par des sécrétions morbides sans hyperhémie ou congestion sanguine, c'est qu'il n'a pas assez réfléchi sur ce phénomène pour s'en faire une idée et pour l'adopter. Du reste il n'est pas le seul : parmi les médecins qui s'avouent hautement physiologistes, il s'en trouve encore plusieurs qui ne l'admettent pas. C'est qu'il faut, pour acquérir la conviction de l'existence d'un tel mouvement, du temps, de la patience, et assez d'impartialité et d'absence de toute passion, pour suivre les raisonnemens par lesquels nous en établissons la réalité.

Il est curieux, après avoir lu l'anatomie pathologique de M. Gendrin, qui rend presque toutes les altérations organiques à l'inflammation, de suivre M. Andral dans l'examen des mêmes lésions, et de voir remettre en problème des questions que l'on avait considérées comme résolues. Le traité d'*Anatomie pathologique* de ce professeur nous découvrira toutes les prétentions de cette science. On la verra, conformément au plan tracé par les auteurs du grand *Dictionnaire,* et plus précisément encore par Laennec, se substituer à la pathologie, dont elle ne prend pas encore le titre, mais dont elle embrasse les vues pour les subordonner aux siennes.

En effet, il y a deux séries de faits en médecine

clinique : 1°, *les symptômes* formant une masse immense, que l'esprit subdivise en groupes ou collections, dont chacune représente une maladie; 2°, *les altérations des organes*, infiniment moins multipliés que les symptômes, altérations dont les unes sont appréciables pendant la vie, et les autres ne peuvent être bien connues qu'après la mort. La science a commencé par la première de ces deux séries de faits, c'est-à-dire par les symptômes; elle a fini par la seconde ou l'anatomie pathologique. Tel est aussi l'ordre chronologique qui se reproduit journellement dans la pratique pour chaque maladie, et suivant lequel, par conséquent, tout médecin clinique est forcé de les étudier. Faut-il intervertir cet ordre pour l'enseignement théorique de notre science? est-il mieux de commencer l'histoire de chaque affection par ceux des faits la constituant, qui ne peuvent être complètement connus qu'après la mort, et qui ne le sont jamais lorsque la maladie se termine par la guérison? cette méthode est-elle plus instructive; forme-t-elle de meilleurs praticiens que la méthode chronologique, et les forme-t-elle plus promptement? Ce dernier point n'est pas moins important que les deux autres; car aussitôt qu'un jeune médecin dispose de son diplome, il dispose de la vie de ses concitoyens.

Ces questions, quoique toutes pleines d'intérêt (je pourrais dire *palpitantes*, mais de ces deux métaphores, je préfère celle qui dénature le moins mon sujet), ces questions ne peuvent être résolues qu'après l'examen comparatif des deux méthodes, considérées dans leur application à l'enseignement de l'art de guérir. Jusqu'ici nous n'avons laissé échapper aucune occasion de répéter cet examen : nous allons continuer cette tâche avec la même ardeur, la même impartialité, en faisant connaître la substance et la doctrine du grand ouvrage de M. Andral.

CHAPITRE VI.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE M. LE PROFESSEUR ANDRAL (1).

Depuis la mort de Laennec, M. Andral a été proclamé le principal chef de l'école anatomico-pathologique de Paris. Dans son avant-propos, il signale la nécessité d'un livre qui, rassemblant les faits épars, résumerait le passé et préparerait l'avenir de la science. Il ne se flatte point d'avoir rempli cette tâche; il se contente de publier la méthode qu'il a suivie pour étudier les rapports de l'anatomie pathologique avec la médecine pratique.

Son *Précis d'anatomie pathologique* est divisé en *anatomie pathologique générale*, et en *anatomie pathologique spéciale*.

Dans la première, il établit que dans toute partie vivante s'accomplissent trois actes fonctionnels : la circulation capillaire, la nutrition, la sécrétion. Ces trois actes sont dominés par l'innervation.

Les vices de la *circulation* lui donnent l'*hyperhémie* et l'*anémie;* ceux de la *nutrition*, *l'hypertrophie* et *l'atrophie*, avec les *ramollissemens* et les *indurations;* ceux de la *sécrétion*, les *produits anormaux sécrétés à la surface ou dans l'intérieur des tissus :* ce qui ne le dispense pas de considérations particulières sur les altérations organiques, composées de ces divers genres de lésions. Les *altérations du sang et des humeurs* doivent être traitées séparément; et enfin les *lésions pures* et *simples de l'innervation* viennent former la dernière section de cette première partie.

La seconde, ou l'*anatomie pathologique spéciale*, n'est autre chose que l'application de ce qui précède aux différens appareils de l'économie. Pour y montrer des exemples des diverses lésions qui viennent d'être indiquées, l'auteur passe successivement en revue les appareils de la digestion, de la respiration, des sécrétions, de la génération, de l'innervation, qu'il envisage surtout sous le rapport de la pathologie interne.

Nous nous dispenserons d'une analyse détaillée de cet ouvrage important, qui se trouve entre les mains de tout le monde, que tout le monde lit, et que d'ailleurs l'auteur répète annuellement dans les leçons qu'il fait à la Faculté, en y joignant ce que les travaux incessans sur l'anatomie pathologique peuvent lui fournir de nouveau. Nous nous contenterons de quelques réflexions générales sur son plan, comparé à celui de M. Lobstein, et ensuite de réflexions et considérations particulières sur chacun des points principaux de la doctrine qu'il professe.

M. le professeur Andral a donc pris les fonctions générales de l'économie pour base de son anatomie pathologique. A-t-il mieux fait que M. le professeur Lobstein, qui choisit pour base de sa classification anatomico-pathologique les formes morbides comparées avec les normales? cette base est physiologique, mais celle de M. Andral l'est encore davantage. La question se réduit donc à savoir s'il reste toujours fidèle à cette méthode dans les détails.

M. Lobstein établit ses sous-divisions sur les causes spéciales, qui sont subordonnées, comme effets, à la force vitale; ainsi la force vitale remplit chez lui le rôle que joue l'innervation dans l'ouvrage de M. Andral.

Ce point rapproche beaucoup les théories des deux professeurs; mais la ressemblance diminue par le scepticisme de M. Andral, lorsqu'il vient à traiter de l'innervation. C'est ce que nous aurons occasion de vérifier par la suite.

M. Lobstein sous-divise encore d'après les tissus primitifs; et en ce second point il s'éloigne de M. Andral, qui se trouve beaucoup plus à l'aise dans les lésions des fonctions, que ne l'est son émule dans celles des tissus primitifs; car ces lésions sont plus rarement pures et simples, et beaucoup plus difficiles à distinguer et à isoler dans les différentes périodes des maladies, que les lésions de circulation, de sécrétion et de nutrition. Toutefois, M. Andral rencontre aussi des difficultés, puisque plusieurs fonctions s'altèrent presque toujours simultanément dans le même organe, à plus forte raison dans le même appareil organique. L'un et l'autre sont donc obligés de se contenter du *prédominant.* C'est un inconvénient inséparable du plan que chacun d'eux s'est imposé.

La sous-division, puisée par M. Lobstein dans les différens degrés ou les diverses nuances de la force vitale, nous paraît une heureuse idée. M. Andral ne l'a point assez exploitée, et nous en sommes fâché, car elle est éminemment physiologique.

M. Lobstein termine par une théorie sur la pathogénie des maladies organiques. C'est l'innervation qui donne la première impulsion au mouvement morbide, car elle préside à tout, même à la force plastique. La mort n'arrive donc que par la cessation de l'innervation. On découvre dans cet axiome un fond de physiologie qui constitue un progrès, si l'on compare la classification de M. Lobstein à celle de MM. Baillie, Cruveilhier et Ribes de Montpellier. Nous nous dispenserons de faire mention de ces ouvrages, soit parce qu'il n'y a point de doctrine, soit parce que la doctrine qu'on y professe est tombée dans la prescription. Mais nous devons rechercher si la théorie du professeur de Paris l'emporte sur celle du professeur de Strasbourg.

M. Andral admet une force vitale, qu'il place aussi dans le système nerveux; mais c'est par hypothèse, comme nous le verrons plus loin. Il affiche par conséquent le scepticisme, et c'est ce qui le distingue essentiellement de M. Lobstein, dont le système tout vitaliste n'est plus désormais en crédit dans l'école de Paris. Nous ne nous appesantirons pas sur l'ouvrage de cet auteur : on saura suffisamment ce que nous en pouvons penser lorsque l'on nous aura entendu disserter sur la méthode et sur la théorie de M. Andral.

Celui-ci fait agir d'abord tous les organes fonction-

(1) *Traité d'anatomie pathologique*, par M. Andral, 1829.

nant, sans les avoir préalablement soumis à aucune force primitive, sans même manifester aucune conviction sur les causes extérieures qui peuvent avoir amené leurs dérangemens. Toutes ses forces intellectuelles sont absorbées par les descriptions; les causes sont pour lui un objet secondaire dont il fait peu de cas, et vers lequel il se contente de jeter un regard distrait à la suite de chaque description, afin de ne pas laisser de lacune dans son ouvrage. Il semble n'avoir pour but que de bien établir les faits matériels, laissant à d'autres le soin de les rapprocher et d'en tirer des inductions philosophiques qui puissent servir de base à la médecine. Du reste, il paraît peu croire à la possibilité d'une doctrine définitive, et c'est pour cela sans doute qu'il n'essaie pas de la fonder; il a bien l'air d'attendre un messie, mais on juge aisément qu'il ne compte pas sur sa venue.

M. Andral ne déprécie point avec aigreur, car son caractère est doux et bienveillant; mais il marche constamment vers un double but, la désorganisation des systèmes, parce qu'il ne croit pas à leur utilité; la substitution du doute, car le doute lui semble plus sage et plus philosophique que tous les systèmes explicatifs des phénomènes de la vitalité. Ainsi, s'il a un système, ce n'est pas dans ce sens qu'il faut l'entendre; car son système à lui est de n'admettre aucune explication, mais de faire attention à toutes celles qu'on a données, au cas qu'il s'y trouvât quelque chose de bon. Malheureusement il ne peut pas toujours être fidèle à ce plan, comme on le verra; mais c'est un inconvénient attaché à la faiblesse humaine. M. Andral a ses affections, ses liaisons, ses engagemens, ses ressentimens peut-être, et personne ne peut lui faire un reproche de n'avoir pas abdiqué la condition d'homme social.

Quant à la question de savoir si un traité d'anatomie pathologique est mieux par ordre de fonctions que par ordre purement anatomique, et d'après la comparaison du normal avec l'anormal, nous n'entreprendrons pas ici de la résoudre. Tout ordre nous semble bon, pourvu que tout ce qu'il y a d'appréciable dans les faits soit bien saisi; et si quelquefois nous avons à nous inscrire contre un collègue dont nous faisons le plus grand cas, ce sera presque toujours pour lui faire observer que certains faits qu'il laisse dans le doute pouvaient être constatés et affirmés ou niés par lui, sans qu'il sortît de la route sévère de l'observation.

Au surplus, M. Andral était encore bien jeune lorsqu'il recueillit et coordonna les immenses matériaux de son grand ouvrage. Il n'avait donc pas eu le temps de beaucoup fixer son attention sur chacun d'eux en particulier. Il ne me paraît pas impossible qu'à force de les voir repasser sous ses yeux dans la pratique, il ne finisse par trouver, dans un grand nombre d'entre eux, des caractères de certitude et d'importance qu'un premier coup d'œil ne lui avait pas permis de saisir. Je serai toujours très flatté de me trouver d'accord avec lui, et je désire qu'il ne voie pas d'autre sentiment que celui-là, après celui toutefois de servir la science et l'humanité, dans la critique que je vais faire de son ouvrage.

M. Andral figure au nombre des auteurs qui tendent à soumettre la médecine à l'anatomie-pathologique, par laquelle il semble avoir débuté dans l'étude de cette science. Cette méthode d'instruction médicale est fréquemment suivie de nos jours. Le jeune élève, chargé d'ouvrir et non de traiter, de constater les altérations des organes et non de les prévenir, commence par s'exercer à prévoir les désordres qui vont apparaître à l'ouverture de chaque malade qui s'achemine vers la mort. L'anatomie pathologique se place ainsi en premier ordre dans son esprit.

La médecine s'étudie donc aujourd'hui par une méthode tout-à-fait opposée à celle que l'on suivait autrefois. On étudiait les groupes de symptômes, et l'on allait ensuite les comparer avec l'état des organes, lorsque la chose était possible, ce qui n'arrivait que bien rarement. Aujourd'hui que toutes les études commencent par l'anatomie, on débute par remarquer les différences qui existent entre l'état normal et l'anormal, et l'on fait toute sorte d'efforts pour soumettre les groupes des symptômes aux altérations matérielles telles qu'on les rencontre dans les cadavres, c'est-à-dire pour trouver l'explication des symptômes dans les lésions matérielles des organes. De là résulte un profond mépris pour les phénomènes de vitalité considérés en eux-mêmes, ou pour la physiologie pathologique, et le défaut de notions exactes sur la manière dont l'aberration de ces mêmes phénomènes arrive définitivement à la production des altérations organiques.

Cette manière d'observer a ses mécomptes, dont les commençans n'ont garde de se douter. Le premier est de leur fermer les yeux sur l'action des modificateurs externes et de les empêcher pendant long-temps de devenir praticiens; c'est ce qu'il est facile d'observer dans tous les mémoires, et même dans tous les ouvrages publiés depuis Corvisart, dans le but de rectifier et de fonder définitivement sur l'anatomie pathologique les caractères de certaines maladies (travaux de Bayle, de Laennec, et de leur école); préexistence des lésions aux symptômes, et par conséquent subordination de ceux-ci aux lésions; efforts multipliés pour les accorder entre eux sans nuire à la prééminence de ces dernières; négligence de l'étude des modificateurs causatifs; négligence plus grande encore, et quelquefois ignorance affectée des modificateurs exaspérans ou curatifs; tels sont les caractères de toutes ces productions. Il n'y aurait qu'un moyen de parer à ce premier inconvénient; ce serait d'avoir des professeurs de clinique qui s'attachassent à faire bien remarquer à leurs élèves les influences des puissances hygiéniques, et celles des médicamens et de tous les moyens curatifs sur la marche des maladies. Ils le font, dira quelqu'un. Ils ne l'ont pas toujours fait, répondrai-je, puisque leurs élèves continuent, à l'instar de ceux de Pinel, à nous représenter les maladies comme des successions de symptômes indépendans du traitement, en s'efforçant au contraire de les mettre en rapport avec les altérations des organes.

Toutefois, comme il n'est pas possible que tous les médecins veuillent adopter une méthode qui n'apprend point à guérir; comme d'ailleurs cette méthode n'est praticable que pour les médecins d'hôpitaux, beaucoup de praticiens ont dû la rejeter, et ceux d'entre eux qui n'ont pas suivi la méthode physiologique n'ont eu d'autre ressource que de se jeter dans l'empirisme expérimental, et c'est là, suivant nous, un des mauvais résultats de l'anatomie pathologique pure.

Le second mécompte de ceux qui en ont fait leur idole est de n'avoir jamais réussi à trouver, dans les groupes de symptômes, des phénomènes qui pussent correspondre à toutes les formes des altérations cadavériques. Cet accord, en effet, est devenu d'autant plus difficile, que ces formes se sont multipliées d'une manière prodigieuse par les rivalités des prosecteurs. Chaque nouveau venu s'est piqué d'ajouter quelque chose aux découvertes de ses de-

vanciers ; il a dû s'attacher à donner de l'importance à ses propres découvertes, et lorsque les collecteurs des faits de la nouvelle science ont paru, ils se sont trouvés fort embarrassés pour satisfaire tant de prétentions. Mais ce qui les a mis dans le plus grand embarras, c'est la difficulté de trouver des groupes de symptômes qui pussent correspondre à la forme de lésion découverte par tel auteur, sans porter préjudice à celle déjà signalée par tel ou tel autre.

M. Andral a subi tous les inconvéniens attachés à cette position fâcheuse. Anatomo-pathologiste des plus minutieux, et donnant à toutes les formes des altérations organiques une haute importance, il se demande à chaque instant quels symptômes peuvent correspondre à telle ou telle de ces formes; et comme il ne les trouve pas toujours, il laisse beaucoup d'incertitude sur des questions dont il vient de faire désirer la solution; accoutumé à préposer aux symptômes les altérations des organes, il n'a pas assez cherché à connaître les modificateurs *appréciables* qui ont pu produire les premières lésions de l'action vitale, nécessairement antérieures à tout désordre d'organisation, et reste dans le doute sur l'action des causes, dans bien des cas où il serait possible de la découvrir.

Il la méconnaît même souvent au point qu'il ne voit aucun rapport entre l'irritation et les formes diverses de l'altération organique ; ce qui le force à deux assertions singulières : la première consiste à dire que la plupart des altérations que l'on trouve constamment à la suite des irritations des organes peuvent également se présenter sans que cette irritation ait existé, et même dans des conditions organiques tout-à-fait opposées; la seconde, que puisque des modifications contraires de nos organes peuvent être suivies d'altérations identiques, elles n'en sont que les causes apparentes, et que la cause réelle est le vice de la nutrition.

On reconnaît ici l'empreinte de l'école de Laennec; mais, comme M. Andral est une tête plus pensante et plus raisonnante, je me suis demandé plusieurs fois comment il avait pu voir si souvent les mêmes altérations à la suite de modificateurs d'une action tout opposée, et j'ai trouvé ce qui suit. Lorsque M. Andral voit clair dans la causalité des désordres organiques, c'est qu'il en juge par des observations bien faites, soit par lui-même, soit par d'autres; lorsqu'il accuse des causes opposées, c'est qu'il s'en est rapporté à de mauvais observateurs ou qu'il n'a pu vérifier suffisamment les choses par ses propres sens. En un mot, je lui applique ce que j'ai dit de M. Gendrin; toutes les assertions venues de lui et qui sont contradictoires à celles des médecins physiologistes, ont pour cause des faits superficiellement observés ou dénaturés à dessein par d'autres que par lui ; mais qu'il a cru devoir admettre par respect pour les autorités ou par esprit de conciliation.

Je me suis tourmenté pour deviner de quel intermédiaire il avait besoin, entre l'irritation d'un organe et la suppuration, ou l'induration, ou le ramollissement, ou le tubercule, ou le squirrhe, ou la cartilagination, ou l'ossification, etc., du même organe, pour être convaincu que l'irritation produit ces altérations diversiformes, et je n'ai rien trouvé qui pût me satisfaire. J'ai bien reconnu qu'en effet ces altérations accusent un vice de la nutrition; mais je n'ai pas compris comment il serait possible d'isoler ce vice de l'irritation, pour en faire la cause des susdites altérations, il m'a semblé, et j'en demande pardon à cet excellent collègue dont je prise le haut talent, il m'a semblé qu'il y avait là une déception opérée par le mot nutrition.

Ce mot lui représente sans doute une puissance, un agent; tandis que, dans son sens naturel, il ne doit représenter que le résultat de l'action des organes se nourrissant. Or, comme ils se nourrissent avec des matériaux étrangers alibiles, sous l'influence de ces matériaux, et sous celle d'autres agens non alibiles, la chaleur, les impondérables, les virus et tous les excitans non susceptibles d'assimilation, il est impossible de placer la nutrition comme puissance intermédiaire entre ces mêmes agens et les organes qu'ils viennent modifier, puisqu'elle n'existe qu'à raison des modifications qu'ils leur font subir. (Voyez d'ailleurs ce que nous avons dit sur le même sujet, en réfutant Laennec.)

De plus, ces agens excitent la vie et c'est après qu'ils l'ont dépravée en l'exaltant, que paraissent les vices de nutrition. La nutrition ne saurait donc être conçue comme indépendante de l'irritation.

La nutrition peut aussi être lésée par le défaut des agens extérieurs alibiles et non alibiles; elle l'est même quelquefois alors avec surexcitation, comme il arrive à l'estomac de ceux qui se laissent mourir de faim; mais dans ces cas l'acte de la vie produit lui-même de l'excitation, puisqu'il excite les centres nerveux, et suranimalise les humeurs. Il y a donc encore alors des agens d'irritation qui président aux vices de la nutrition, et cet acte ne peut être ici considéré comme une puissance intermédiaire entre les agens et les organes.

Enfin la nutrition peut languir faute d'excitation; ce qu'on observe dans les membres paralysés, immobiles, et dans ceux des sujets qui souffrent de la faim; mais alors la lésion de nutrition n'est pas plus primitive que dans les cas précédens. Celui-ci peut même servir à démontrer qu'elle est toujours en raison de la présence, de l'absence ou de la nature des divers agens étrangers à la matière animale fixe qui constitue les organes.

Quelques médecins pourraient penser que la nutrition est primitivement lésée chez certains sujets qui maigrissent sans accuser aucune douleur, aucune lésion dans leurs appareils viscéraux. Mais il en est de ce marasme comme de ces fièvres lentes que nos pères croyaient primitives ou essentielles : si l'on regarde de bien près, on découvre toujours la cause de la maigreur comme celle de la fièvre hectique; et nous ne saurions croire que notre collègue pût s'y méprendre dans la pratique, tandis qu'il serait possible que son respect pour certains noms lui fît admettre en théorie l'existence de ces sortes d'essentialités.

On objecte que les causes que nous venons de mentionner peuvent agir sans altérer la structure des organes... Eh bien! c'est que, dans ce cas, elles n'ont eu ni la force ni la durée d'action nécessaire pour produire ce résultat; mais elles y tendaient manifestement, et c'est ce qu'il faut absolument reconnaître pour pratiquer la médecine avec succès. Si vous me dites : je ne crains pas cet irritant, cette substance hétérogène, ce poison, ce virus, je sais positivement qu'ils n'amèneront de désorganisation que si la nutrition est entachée d'un vice qui leur prête des forces; car c'est elle, et non eux, qui a le privilége de destructurer les organes; si vous me dites cela, et si je vous crois, toute médecine est perdue pour moi. Confiant dans l'égide de l'entité nutrition, je me bornerai, dans la pratique, à modérer quelques symptômes dont le malade, les assistans et moi-même sommes effrayés,

et je laisserai agir les modificateurs irritans en attendant l'issue *fatale*, quelle qu'elle doive être : je n'écarterai pas tous les stimulans extérieurs ; je ne soustrairai pas avec assez de promptitude, de constance, et dans une mesure suffisante, les stimulans intérieurs, par exemple, le sang dans les maladies inflammatoires ; je négligerai la révulsion, ou je la pratiquerai sur des tissus irrités qui ne pourront pas la supporter ; en un mot, je laisserai agir tout à leur aise les causes de destruction en calculant froidement les chances du combat d'après des observateurs qui n'ont pas été plus sages que moi, et sans avoir égard aux observations de ceux qui ont su combattre l'irritation, parce qu'ils la regardaient comme la cause de tous les désordres. Si mon malade se tire d'affaire, après bien des souffrances que j'aurais pu lui épargner, je soutiendrai que j'ai bien fait de ne pas m'alarmer, et j'en rendrai grâce à son excellente nutrition ; s'il succombe, ce qui arrivera dans la majorité des cas graves, je me consolerai en le plaignant d'avoir été doué d'une nutrition si vicieuse et si peu digne de ma confiance : c'est dire que je me garderai bien de me corriger.

En somme, les mots *vice de la nutrition* ou *nutrition vicieuse*, sont synonymes de ceux-ci : *résultat de l'action de certains agens perturbateurs* ; car dire que la nutrition s'altère d'elle-même, c'est proférer une fausseté, puisque nous ne vivons qu'à la condition très expresse d'être incessamment modifiés par les agens extérieurs.

Mais aucun homme de sens, et M. Andral moins que bien d'autres, n'ont pu, dans la période de progrès où nous sommes placés, professer une telle hérésie ; il faut donc qu'ils aient voulu faire entendre toute autre chose. Or, voici, selon nous, la seule intention qu'il soit possible de leur prêter : ils ont voulu insinuer que l'on ne connait pas le pourquoi des altérations de structure de nos organes, ou que l'on ne peut suivre de l'œil la filiation des phénomènes, depuis l'action des agens perturbateurs, jusqu'à la désorganisation.

En ce point, nous sommes bien d'accord avec eux ; mais cette ignorance n'empêche pas que l'honnête homme ne se croie obligé de constater si la désorganisation n'arrive pas sous l'influence de tel modificateur plus souvent que sous celle de tel ou tel autre, et que sa conduite thérapeutique ne doive être réglée sur cette observation. Mais comme nous avons traité cette question en d'autres lieux, et particulièrement en analysant Laennec, il serait inutile d'y revenir.

Nous nous contenterons d'une comparaison qui nous parait venir ici fort à point. Nous ne voyons pas les rapports qui existent entre une idée et les objets matériels ; nous n'en sommes pas moins certains que toutes nos idées nous viennent du monde extérieur (1), et nous n'en sentons pas moins vivement la nécessité d'écarter les causes de plusieurs d'entre elles. C'est ainsi, par exemple, que nous nous étudions à écarter de l'enfance et de la jeunesse les exemples des actions perverses, parce que nous savons qu'ils peuvent induire nos enfans à commettre des actions semblables. Il nous serait trop facile de multiplier les exemples de l'influence de causes dont le mode d'action n'est pas expliqué. Aussi briserons-nous sur ce chapitre en renvoyant nos lecteurs au premier volume de nos leçons de pathologie, etc.

Nos argumens ne sont point ignorés des *fatalistes* ; mais ils se tirent d'affaire par la négative ; ils affirment hardiment que les causes extérieures ne produisent pas nécessairement telles altérations organiques, parce qu'elles en produisent plus souvent d'autres. Mais c'est ici une affaire d'observation : de ce qu'ils n'ont pas remarqué cette production, il ne résulte pas que d'autres n'aient pu la constater. Oseront-ils nier que personne ne puisse mieux observer qu'ils ne l'ont fait ? ce serait un excès de présomption assurément très digne de blâme ; et cependant plusieurs d'entre eux nous ont mis dans la nécessité de les en croire souvent coupables.

Lorsque nous leur disons que la prédisposition explique pourquoi, l'action des modificateurs étant donnée, certains sujets contractent telles altérations organiques dont les autres, placés dans les mêmes circonstances, se trouvent exempts, ils nous demandent comment nous expliquerons cette prédisposition. Ce n'est pas nous réfuter ; il ne s'agit pas de l'expliquer, mais de la constater. Expliquent-ils mieux la prédisposition à tout autre mode de lésion ? ils constatent avec nous qu'elle est beaucoup plus commune, et c'est là tout.

Il n'y a que deux choses à constater dans la production des squirrhes, des tubercules, etc. : est-il vrai que l'irritation, sans congestion sanguine, préside à leur formation ? Est-il vrai que tout ce qui irrite long-temps les organes hâte les progrès de ces altérations organiques ? Or, nous disons que quiconque répondra par la négative à ces deux questions aura mal observé, et ce sera dans cette catégorie que nous placerons les fatalistes.

M. Andral attribue les tubercules à un vice de l'action perspiratoire des tissus intersticiels aréolaires et lamineux qui se trouvent partout, et leur ramollissement à l'irritation et à l'inflammation qu'ils excitent comme corps étrangers tendant à provoquer leur propre expulsion. Mais ce n'est pas assez : M. Gendrin a prouvé que tout produit morbide pouvait être résorbé. Il faut nous dire pourquoi ceux-ci ne le sont pas, et il n'y a que la persistance de l'irritation qui les a fait sécréter qui puisse donner cette explication. Pourquoi d'ailleurs nier cette irritation comme agent de leur formation, pour l'admettre l'instant d'après comme agent de leur expulsion ?

Le vice primitif de nutrition est une chose incompréhensible ; le vice des humeurs qu'on y substitue quelquefois est une hypothèse. L'irritation seule est prouvée ; pourquoi donc lui refuser la puissance de production pour ne lui accorder que celle d'élimination ?

Mais en voilà bien assez sur le vice prétendu primitif de nutrition accrédité par Laennec, et adopté par M. le professeur Andral dans l'ouvrage qui nous occupe.

C'est comme anatomo-pathologiste que cet auteur *a déclaré la guerre au mot inflammation*, sous prétexte qu'il a vieilli : en examinant les organes, il tient note de la quantité du sang qui s'y trouve ; s'il y en a beaucoup, il nomme cet état *hyperhémie* ; s'il en trouve peu, il prononce le mot *anémie*.

L'hyperhémie existant, il est ensuite obligé de se demander si elle est active ou passive, et son hyperhémie active rentre dans l'inflammation.

Cette dichotomie est insuffisante ; il y a des organes assez irrités pour retenir le sang et présenter la

(1) Par *idées*, nous entendons les représentations des objets quelconques qui ont frappé nos sens. Ces idées ne doivent pas être confondues avec les *impulsions intérieures* qui sont innées, comme on le fait encore aujourd'hui dans l'école de *Lock* et de *Condillac*. Nous nous proposons de traiter cette question dans la seconde édition de l'*Irritation-folie*, etc.

couleur rouge, sans être pour cela dans un état véritablement inflammatoire. Tout organe, soit sécréteur, soit moteur, soit sensitif, qui, pendant la vie, acquiert un surcroît d'action, s'injecte de sang, s'échauffe et se trouve dans un état d'irritation sanguine, qui ne tend pas toujours à produire les altérations propres à l'inflammation, mais qui suffit pour occasionner des troubles fonctionnels; la preuve, c'est qu'on peut vivre plusieurs années dans un pareil état, et guérir ensuite sans que la partie conserve aucune altération organique.

Il y a d'autres états d'irritation qui ne retiennent point le sang, mais les fluides blancs dans la partie où ils ont leur siége, et nous les avons assez mentionnés ailleurs pour nous dispenser d'y revenir. Enfin il y a des cas où les parties, après avoir été long-temps injectées de sang par une irritation soit inflammatoire, soit sous-inflammatoire, perdent ce sang à la fin de la vie, parce qu'il est appelé dans un nouveau point d'irritation.

Il résulte de là que les mots hyperhémie et anémie, qui ne peignent que l'état actuel des organes après la mort, sous le rapport de la quantité de sang qu'ils contiennent, ne donnent point une juste idée des modifications tenant à l'état de vie qui ont précédé le dernier moment.

La pathologie ne saurait donc se déduire de l'anatomie pathologique. L'inflammation, qui tend promptement ou lentement à la désorganisation; l'irritation sanguine d'un moindre degré, qui n'y tend pas, mais qui peut prendre tous les caractères de l'inflammation par un surcroît de stimulation; la subinflammation, qui n'accumule pas d'abord, mais seulement à une époque plus avancée, le sang dans les organes, mais qui peut les désorganiser de plusieurs manières qui lui sont propres, sont des états appartenant à la vie, des états qu'il faut étudier sur les tissus toujours en rapport avec les modificateurs qui les produisent, les entretiennent, les calment, les raniment, les compliquent, les substituent les uns aux autres; en un mot, les modifient d'une manière quelconque (1). Il le faut, disons-nous, car cette étude est celle de l'art de traiter et de guérir lorsqu'il y a possibilité d'y parvenir. Jamais l'anatomie pathologique n'apprendra tout cela : elle est utile comme complément de l'histoire des phénomènes de vitalité; mais on ne saurait les déduire d'elle seule, encore moins apprendre par elle à modifier les agens extérieurs qui règlent la marche de ces phénomènes. M. Andral a espéré tuer l'irritation en proscrivant l'inflammation; mais il n'y parviendra pas, parce que c'est avec la vie, incessamment modifiée par les agens extérieurs, que la grande masse des médecins se trouve aux prises, et parce que les différens degrés de l'irritation des organes seront toujours leurs guides pour le diagnostic et le traitement. D'ailleurs l'histoire de la mort n'apprendra jamais à personne l'art de bien profiter des courts momens de la vie dans l'état morbide.

Nous savons que l'auteur parle toujours de l'état antérieur de vie en décrivant les organes morts; mais c'est rarement d'après une observation faite par lui-même; il s'en rapporte à des autorités trompeuses; il cherche dans les auteurs des probabilités, des hypothèses, ou de simples assertions dénuées de preuves, dans la crainte peut-être de se laisser entraîner trop loin par la contemplation des phénomènes vitaux, et de devenir vitaliste exclusif. Toutefois nous n'entendons parler ici que de M. Andral composant son *Traité d'anatomie pathologique*, et nullement de l'Andral actuel ni de l'Andral futur. Nous savons que l'homme d'un vrai mérite est progressif, et nous osons espérer que notre savant collègue ne figurera jamais au nombre de ces entêtés qui ne suivent point les progrès des sciences, et qui tiennent à honneur de soutenir toujours, et *quand même*, les idées qu'ils ont émises à leur entrée dans la carrière.

Cet auteur paraît sceptique, et l'est effectivement sur un grand nombre de points; mais sur d'autres il s'en faut bien qu'il le soit; il l'est toujours lorsqu'il s'agit de juger les opinions des physiologistes; il exige là les démonstrations les plus rigoureuses, et suppose constamment que nous ne les avons point fournies, puisque jamais on ne le voit en rapporter aucune de celles qui sont sorties de notre école. Est-ce parce qu'il les ignore, ou parce qu'elles ne lui paraissent pas dignes de son attention? Nous ne voulons pas approfondir ses motifs; mais nous avons remarqué qu'il nous présente toujours comme affirmant, et jamais comme prouvant nos dogmes fondamentaux. Je prendrai pour exemple la prétendue fièvre typhoïde, quoique j'en aie parlé à satiété à l'occasion de M. Louis. Mais la question est si importante, qu'on ne saurait que gagner à la considérer sous différens points de vue.

En le lisant, on serait tenté de croire que nous n'avons, pour l'attribuer à la gastro-entérite, d'autre motif que la rougeur qu'on trouve dans la muqueuse du tube digestif après la mort, et que nous ne présentons aucune expérience à l'appui de notre opinion. De là plusieurs chicanes, qui ne viennent pas toutes peut-être de lui, mais qui sont de son école, et auxquelles son ouvrage atteste qu'il applaudit. Les voici :

Cette rougeur peut exister sans symptômes typhoïdes; elle n'est pas exactement semblable à celle que l'on produit par certains agens irritans; elle peut dépendre de la position déclive des organes, d'un obstacle au cours du sang, d'une altération cadavérique; elle peut ne pas être assez considérable pour expliquer tous les symptômes. Dans quelques cas, il est possible qu'elle manque; car des gens dignes de foi ne l'ont pas toujours trouvée. Il est donc permis d'en douter. C'est une inflammation, disent les physiologistes; mais cette inflammation explique-t-elle tous les vices de sécrétion du tube digestif que l'on peut trouver dans les cadavres? explique-t-elle cette prostration, cette nervosité, cette fétidité, ces ramollissemens divers, ces hypertrophies, ces atrophies, cette décomposition du sang et des produits sécrétés? Les physiologistes disent *phlegmasies;* mais pourquoi ne dirait-on pas vice du sang ou altération primitive de l'innervation?.... On accompagne tout cela de longs détails sur les formes diverses des lésions, et l'on termine chaque investigation particulière en demandant ce que la chose peut avoir de commun avec l'irritation; et les lecteurs inexpérimentés de conclure qu'il faut effectivement être bien monomaniaque de l'irritation pour ne voir qu'elle dans des altérations si diverses, que de grands hommes de tous les âges ont attribuées à bien d'autres causes, et que les savans d'aujourd'hui, à œil perçant, à large vue, se gardent bien de circonscrire dans le cercle rétréci et mesquin d'une phlegmasie. Vivent les hommes qui voient au loin et au large, s'écrient alors les enthousiastes, et honnis soient les exclusifs qui réduisent toutes les maladies à l'inflammation, et leur traitement à l'eau de gomme et aux sangsues!

C'est ainsi que s'opère la séduction; mais serait-

(1) Nous donnons ces détails pour répondre à certains goguenards qui rient du mot *modificateur*.

elle aussi facile si l'on disait : « Pour soutenir que la gastro-entérite est la cause du groupe de symptômes que l'on appelle fièvre typhoïde, les physiologistes s'appuient des considérations suivantes : cette fièvre ne se développe suivant eux, que sous l'influence de causes qui déterminent de l'irritation dans la membrane interne du tube digestif. Ils assurent que les troubles qui la précèdent, et que nous regardons comme des symptômes généraux, dépendent d'une irritation de cette membrane, et ils prétendent le prouver en les dissipant par les antiphlogistiques, ce qui rend cette fièvre, si nous devons les en croire, extrêmement rare parmi leurs cliens, et toujours beaucoup plus facile à guérir. Ils ajoutent à cette preuve celle tirée de la possibilité de faire reparaître ces troubles immédiatement après qu'ils ont cessé, en revenant trop tôt à l'emploi des stimulans, et celle de les faire disparaître de nouveau par le traitement qui les avait calmés la première fois, ce qui pourtant a un terme. Ils soutiennent que lorsque l'état fébrile est développé depuis peu, tous les irritans l'exaspèrent et amènent promptement l'état typhoïde, tandis que les antiphlogistiques diminuent la fièvre, et dissipent les premiers symptômes de stupeur. Ils vont même jusqu'à affirmer que, dans un grand nombre de cas, ils ont vu cette stupeur, ramenée par un irritant administré malgré eux, céder une seconde fois au traitement antiphlogistique. Ils n'hésitent pas à soutenir qu'un grand nombre de fièvres ainsi traitées n'arrivent pas à l'état typhoïde, qui d'après eux, n'aurait pas manqué de se former si on les eût traitées par les stimulans. Lorsque l'état typhoïde est bien prononcé, ils n'y voient qu'un résultat de l'influence de la muqueuse enflammée sur le centre nerveux encéphalique; mais ils ajoutent que ce centre trop irrité peut contracter secondairement l'inflammation, et que la résorption des matières putrides du tube digestif enflammé produit une infection des humeurs, qui contribue, avec l'irritation du cerveau et de la moelle, au développement de la débilité, de la fétidité, de la nervosité, et de tout l'effrayant appareil des symptômes qui constituent les fièvres typhoïdes, et même les vrais typhus par infection, du plus haut degré; car ils veulent que l'infection porte son action principale sur le tube digestif, et modifie les fonctions à peu près comme elles le sont dans la typhoïde sporadique. Ils soutiennent que dans cette période la phlegmasie est souvent accompagnée d'altération, soit dans les follicules, soit dans la membrane elle-même; mais que cela n'est pas constant, tandis que l'inflammation de la muqueuse l'est toujours, et ils en jugent par leurs autopsies. A les en croire, le traitement tonique n'est pas encore convenable dans cette période; ils veulent seulement que l'on nourrisse les malades par des boissons sucrées ou légèrement féculentes; mais ils n'accordent les boissons lactées et les bouillons les plus légers que lorsqu'ils ont vu disparaître la stupeur et renaître l'appétence, parce qu'ils soutiennent que ces signes sont ceux qui correspondent à la cessation de l'inflammation dans l'estomac et dans la région supérieure du tube digestif.

Telles sont en effet les considérations d'après lesquelles les physiologistes concluent; elles se réduisent à quatre : 1°, l'action des modificateurs qui précèdent la fièvre typhoïde; 2°, l'action des modificateurs qui en préviennent, et de ceux qui en favorisent le développement; 3°, l'action des modificateurs qui la calment et de ceux qui l'exaspèrent lorsqu'elle est développée; enfin, 4°, le rapport des altérations organiques avec les différens groupes de symptômes qu'elle peut présenter. « C'est ainsi, devraient ajouter nos adversaires, que les physiologistes prétendent établir le rapport de l'état de stupeur et de délire avec la prédominance d'inflammation dans l'estomac, dont la détérioration et le ramollissement anéantissent les facultés intellectuelles et affectives; le rapport de la prédominance d'inflammation des intestins grêles avec l'inertie des membres, la fétidité des excrétions et le météorisme; le rapport de l'inflammation prolongée de l'iléum dans le cœcum et la partie supérieure du colon, avec cette diarrhée copieuse sans ténesme, ou à forme lientérique, qui précipite en quelques minutes les ingesta par l'anus. »

Il serait encore nécessaire que des antagonistes de bonne foi ajoutassent : « C'est d'après la prédominance de l'un de ces groupes de symptômes au moment de la mort, et d'après la succession de l'un à l'autre, que les physiologistes se rendent compte, 1°, de l'absence de la rougeur de l'estomac, à laquelle se sont substitués le ramollissement et la décoloration, lorsque l'inflammation ne tue qu'après avoir consommé la détérioration de ce viscère, et de la rougeur vive du même viscère, lorsque les malades succombent durant les premiers jours de la suractivité de l'inflammation; 2°, de l'absence ou de la rareté des plaques, lorsque l'inflammation a prédominé dans la moitié supérieure du tube digestif, ce qui est toujours sans diarrhée, et de leur présence lorsqu'elle a régné dans la moitié inférieure, et surtout lorsque la diarrhée a précédé l'état fébrile, et n'a point été arrêtée durant les premiers jours; 3°, enfin, de la décoloration d'une région quelconque des intestins, malgré le ramollissement et l'ulcération de leur muqueuse, lorsque l'inflammation, après l'avoir désorganisée, s'est développée peu de temps avant la mort, soit dans une autre région du même tube, soit dans le péritoine, soit dans les poumons, soit dans les centres nerveux. »

Telle est en effet la somme des résultats obtenus par l'attention soutenue des physiologistes dans l'observation des gastro-entérites aiguës. C'est à tort qu'on leur suppose l'ignorance des altérations qui peuvent se former après la mort; mais ils savent que les points du corps qui ont souffert de l'inflammation sont toujours les premiers à se putréfier. Ils possèdent des faits semblables sur la plupart des phlegmasies des autres viscères, et c'est d'après cela qu'ils établissent leurs principes d'étiologie et de traitement. Il n'y a point là de système *à priori*, de méthode exclusive des autres doctrines; c'est l'erreur, c'est la prévention, c'est l'ontologisme dont nous poursuivons l'exclusion. Si l'on prétend nous réfuter, c'est pied à pied qu'il faut nous suivre dans nos observations, et dans les conclusions que nous nous croyons forcé d'en déduire. On ne nous fera jamais tomber en dissimulant la force de nos argumens, et nous offrant au public comme des monomaniaques; il saura bien découvrir si, après avoir été observateurs, nous avons été logiciens. Ce que nous disons restera, parce que nous parlons aux sens et à la raison, parce que nous ne cachons rien de ce que nous observons, parce que nous ne dissimulons aucun des argumens qu'on nous oppose, et qu'il faut bien en définitive que la vérité soit reconnue.

M. Andral appuie son scepticisme, concernant la *cause des ramollissemens de l'estomac*, sur des observations qui ne prouvent point l'absence de l'irritation. De ce que des lapins, suspendus la tête en bas pendant la digestion (et non lorsque l'estomac

était vide), ont offert quelquefois le ramollissement de l'estomac, résulte-t-il que ces animaux n'ont pas eu l'estomac fort irrité? Une semblable position, qui s'opposait à la progression dans les intestins des matières contenues dans ce viscère, qui leur donnait un degré de suranimalisation auquel il n'est point habitué, qui y retenait le sang, qui y faisait affluer la bile et tous les fluides intestinaux, pouvait-elle exister sans une terrible stimulation de tout l'organe?

L'auteur s'appuie des ramollissemens causés par la section des pneumo-gastriques, mais M. Gendrin a fait voir que ce sont des inflammations.

Des alimens non appropriés à la vitalité de certains animaux ont produit le ramollissement de la cornée... Et pourquoi pas, s'il en est résulté des gastrites et des humeurs mal assimilées, et par conséquent irritantes?

Il en est de même des enfans faibles chez qui le sevrage prématuré provoque le ramollissement de l'estomac. M. Andral trouve mauvais qu'on dise que les alimens inconvenans ont irrité l'estomac, et pense qu'on pourrait aussi bien dire : *ils ne l'ont pas réparé*. Nous ne sommes pas ici de l'avis de notre confrère : ce qui s'assimile mal irrite toujours le tube digestif; l'indigestion le prouve, l'irritation qu'elle produit tend à la phlegmasie chez les sujets prédisposés, si on les traite par des stimulans, et de cette inflammation au ramollissement la distance n'est pas grande dans les tissus encore si tendres d'un enfant au berceau.

M. Cruveilher a fait de ces ramollissemens une maladie indépendante de l'inflammation, parce qu'il n'y a pas toujours trouvé de la rougeur.... M. Cruveilher a soutenu la thèse du docteur Yaeger, que nous avons réfuté dans cet ouvrage. Voyez d'ailleurs les réponses que nous avons faites à MM. Louis et Gendrin sur le même sujet.

Quand on insisterait sur l'objection de notre auteur, *ils ne l'ont pas réparé*, on n'aurait encore rien prouvé contre l'irritation et l'inflammation; car il est bien certain, et nous l'avons vérifié nous-même, que le jeûne produit d'effroyables gastrites.

Des enfans qui avaient pris du sulfure de potasse ont offert un estomac réduit à un état gélatiniforme.... Je le crois bien; on leur a traité leurs gastrites par un irritant, qui, placé dans un estomac sain, aurait suffi pour y faire naître une phlegmasie des plus intenses.

Camererus a vu, dit-on, le liquide pris dans l'estomac d'enfans morts avec le ramollissement de l'estomac, ramollir et percer le même organe sur des cadavres d'hommes et d'animaux, et même chez des animaux vivans, *lorsqu'on avait coupé les deux nerfs pneumo-gastriques....* Ces expériences, qui ont pour but de faire du suc gastrique, dont l'existence est encore un problème, un acide équivalent aux minéraux en activité, sont-elles bien faites? Avant de s'en étayer il faut les répéter, quand on témoigne tant de répugnance pour les hypothèses, et qu'on affiche le doute sur les observations les plus positives des physiologistes. Ces matières ne perforent pas l'estomac, nous dit-on, si les nerfs pneumo-gastriques sont intègres. Mais lorsqu'ils sont coupés, n'y a-t-il pas gastrite dépendant de ce que la membrane interne du ventricule n'est plus en mesure avec les *ingesta* qui surviennent? si cette gastrite se forme sans les matières dont il s'agit, y a-t-il lieu de s'étonner qu'elle se développe après leur introduction?

Ne nous refusons par ainsi à l'évidence. Il y va de la vie des hommes à méconnaître les effets des modificateurs irritans que nous déposons dans leurs entrailles.

Sur les *perforations de l'estomac*, l'auteur n'est pas trop sceptique; l'irritation y joue pour lui le principal rôle; il se contente de dire qu'il y en a dont la cause est insaisissable.

Il se tient dans la circonspection sur *le vice des sécrétions humorales du tube digestif*, et n'accorde pas assez à l'irritation. Quant à la *sécrétion gazeuse*, nul doute qu'elle ne puisse dépendre de la nature des *ingesta*, et le tube en est toujours irrité par distension; mais hors ces cas, je n'ai jamais vu qu'elle reconnût une autre cause que l'irritation, même dans l'hystérie, où ce phénomène n'est pas douteux. Quant au cas d'un météorisme par mort cérébrale, que l'auteur dit avoir trouvé sans trace d'irritation dans la muqueuse, je ne m'en fais nulle idée; car je n'ai rien vu de semblable, et l'auteur ne donne aucun détail. Au reste, dire que *la réaction toute chimique des principes élémentaires est souvent une cause de tympanite*, ce n'est éclairer la question ni par l'exposition des causes, ni par l'action des modificateurs, et cette idée est bien vague pour un auteur qui professe tant d'aversion pour les hypothèses. Cette réaction n'est rien pour le médecin qui veut guérir, s'il ne voit les agens avec lesquels elle est en rapport. Veut-on nous faire entendre que les solides n'y participent point? Pour moi, quand j'ai rencontré le météorisme, j'en ai cherché la cause, et je l'ai trouvée ou dans les *ingesta* ou dans une irritation avec chaleur continue ou passagère, qui vaporise les fluides du tube digestif. J'y comprends la tympanite des hystériques.

Pourquoi dire, à l'occasion des *produits nouveaux* qui peuvent se rencontrer dans le tube digestif, que les épanchemens de sang peuvent dépendre de *certains états du sang lui-même dans lesquels il tend à déborder et à sortir de ses vaisseaux?* Il en donne pour exemple *certains empoisonnemens par absorption dans les typhus*... Un ennemi des hypothèses peut-il supposer que les solides, surtout le système nerveux, si bien fondu avec les capillaires sanguins, soit étranger, ainsi que ces capillaires, à l'influence de miasmes capables de causer de la fièvre, des gastro-entérites, des encéphalites? N'est-il pas clair qu'il n'y a dans cette phrase qu'une concession faite par l'auteur aux humoristes, dans le but de se préserver du titre d'exclusif? N'est-ce pas aussi s'engager dans les hypothèses que de placer les entozoaires au nombre des *produits morbides?* M. Andral est-il bien sûr que le mouvement vital de l'homme et des animaux qui nourrissent des parasites, puisse, dans quelques-unes de ses aberrations, engendrer des êtres vivans, les fournir d'organes sexuels, etc.? Comment peut-il admettre une chose aussi peu prouvée, après avoir exprimé le doute sur l'existence de la gastro-entérite dans les maladies typhoïdes?

Après l'énumération des *vices de sécrétions* et *des produits qui en résultent*, notre auteur *cherche les symptômes qui se lient à leur existence*. Il trouve d'abord que souvent il n'y a rien, et surtout rien de local, et qu'on ne peut observer que des troubles de l'ensemble des fonctions dont les causes sont inappréciables, tels que malaise, difficulté d'être, qu'on qualifie de névrose, souvent d'hypocondrie, jusqu'à ce que des symptômes locaux en décèlent le siége et la cause. Il assure que fréquemment une fébricule irrégulière, l'altération de la nutrition, et même le marasme, précèdent tout symptôme local capable de diriger l'attention du médecin sur le point de départ de tous les symptômes.

Pour nous, nous regardons cette assertion de

M. Andral comme une concession faite à de mauvais observateurs; car nous pensons que celui qui sait analyser les fonctions trouve toujours le point de départ des groupes de symptômes : nous ne voyons jamais un bon physiologiste s'y tromper. Mais si l'on veut s'étayer de l'ignorance des anciens classiques, de celle des observateurs superficiels de tous les temps, et de celle des hommes de mauvaise foi de toutes les coteries, on parviendra facilement à révoquer en doute ce qu'il y a de mieux avéré dans l'étiologie des maladies des hommes et des animaux. On finira par ne plus convenir que des causes qui se rattachent aux empoisonnemens, et des causes traumatiques; je pourrais même ajouter, en partant des principes de M. Andral, que celles-ci pourront le plus souvent être mises en problème. En effet, il répète encore de l'irritation appliquée aux vices de la sécrétion, ce qu'il a dit des causes en général : à l'en croire, quoique bien souvent l'irritation ait existé dans une fonction, ait apparu comme cause perturbatrice d'une sécrétion, ait laissé des traces dans l'organe qui en était chargé, elle ne saurait être considérée comme la cause du désordre, parce qu'elle peut précéder d'autres désordres ou n'en point produire, et que d'ailleurs elle n'existe pas toujours. Il faut à notre auteur, pour chaque effet, une cause qui n'en produise point d'autre, et qui ne manque jamais de produire toujours le même. Il résulte de cette logique, dont je n'ai point trouvé d'exemple ailleurs, qu'un homme qui se casse la jambe en tombant du haut d'un toit ne saurait s'en prendre à sa chute, et que la joie, qui d'ordinaire nous fait du bien, ne saurait jamais nous faire de mal. Mais je n'insiste pas; car notre savant collègue a sans doute reconnu cette erreur de sa jeunesse, et la fera probablement disparaître un jour de ses œuvres.

L'auteur exagère, à notre avis, les *transformations des organes* les uns dans les autres : le tissu cellulaire peut fournir tous les tissus normaux que l'état morbide a détruit, parce qu'il en est la source commune; et quelquefois il reste seul dans les organes après la disparition de leur tissu propre.... Ce dernier point est vrai; mais pour le précédent, il fallait dire qu'il se substitue aux tissus pour continuer les fonctions de l'organe où ils ont disparu; mais il s'en faut de beaucoup qu'il en acquière tous les attributs et qu'il exécute les fonctions exactement comme ils les exécutaient.

Quant aux causes de ces transformations, M. Andral commence par dire qu'elles dépendent souvent de l'irritation; puis il ajoute que souvent aussi elles n'en dépendent pas, et qu'on ne peut alors s'en prendre qu'au trouble de la nutrition. On sait que telle est sa méthode; mais pour répondre, il ne s'agit que de remonter à la maladie qui a déterminé l'altération du tissu normal. Or, comme elles proviennent toutes de l'irritation, à l'exception d'un très petit nombre, il en résulte que les transformations s'opèrent presque toujours à la suite des irritations. Allons plus loin, et disons *toujours*, car les maladies purement asthéniques n'ont point assez d'activité pour déterminer la formation de tissus nerveux. En a-t-on observé dans les organes paralysés? en voit-on naître dans les masses d'engorgemens blancs où l'irritation a disparu? non; s'ils s'y forment, c'est dans les portions de ces engorgemens où la vie subsiste encore, et où elle est exaltée. Les plaies, les fractures, les luxations spontanées ou traumatiques non guéries offrent assurément les exemples les plus fréquens des tissus nouveaux, et toujours ils y sont la conséquence d'un travail chronique d'inflammation. Ce travail est en effet suivi du retour des fonctions de l'organe, et c'est alors que le tissu cellulaire voisin acquiert les qualités nécessaires pour qu'elles puissent se continuer.

Quant aux transformations qui se font à la suite des maladies par causes internes ou réputées médicales, comme les membranes des trajets fistuleux, etc., elles sont dues ou à l'inflammation ou à la subinflammation, ou à l'hémorrhagie, c'est-à-dire à l'irritation, car c'est elle qui, sous ces noms divers, altère l'intégrité des viscères; et lorsque le lieu altéré est rendu aux lois normales, le mal qui a été fait est réparé, autant que possible, par la formation des tissus nouveaux qui, certes, n'aurait point lieu s'il n'existait une sur-activité nutritive, puisqu'on ne l'observe jamais dans les tissus où la vie est rendue languissante par l'extrême diminution de la puissance innervative. Lors même qu'un tissu normal a été enlevé par un état morbide, et qu'il n'est resté que le cellulaire, comme on le voit dans les prétendues transformations graisseuses des muscles, c'est encore à l'irritation qu'il faut s'en prendre; c'est elle qui a fait disparaître la fibrine des muscles, comme l'attestent les douleurs qu'ont fait percevoir les nerfs qui s'y distribuaient. Il en est de même dans tous les parenchymes qui disparaissent après de longues souffrances, et ne laissent à leur place que le tissu cellulaire. Je défie que l'on me cite un cas de transformation d'un tissu normal dans un autre dont je ne trouve la cause appréciable dans l'irritation.

L'article des *hétérocrinies* (*aberrations de sécrétion*) (1), ne prouve point que les humeurs, qui sont propres à un organe sécréteur, aient été fabriquées par un *autre;* car, dans tous les cas cités, le tissu qui a sécrété, soit une humeur spéciale, soit du pus, existait; et d'ailleurs M. Andral s'appuie souvent, dans ce passage, sur des autorités peu dignes de foi. Les plus authentiques des faits qu'il nous rapporte prouvent seulement que certaines humeurs résorbées ont été trouvées disséminées dans le sang ou déposées dans les tissus cellulaires et séreux, ou éliminées par une surface de rapport. L'auteur ne dit rien sur les causes qui pourraient avoir dévié l'humeur sécrétée de sa route normale, ni sur l'irritation qu'elle fait éprouver aux organes qu'elle traverse ou qui en reçoivent le dépôt. Mais n'oublions pas qu'il fait de l'anatomie et non de la physiologie pathologique. Cette dernière ne doit paraître, le plus souvent, que pour être mise en échec; mais il lui fait grâce ici... En plaçant au nombre des *aberrations sécrétoires* les débris de germes trouvés ailleurs que dans les organes sexuels, et même que dans l'abdomen, l'auteur n'a point pensé à ces exemples d'embryons doubles dont l'un périt, et est enveloppé par l'autre dans le tissu duquel il se trouve inséré.

Nous n'entrerons point dans les détails des *sécrétions morbides,* où nous retrouverions toutes les idées déjà consacrées par la médecine physiologique, avec quelques changemens dans les termes; car ce que nous appelions *produit de l'irritation* dans les différens tissus, l'auteur le nomme *sécrétion morbide;* encore ces derniers mots avaient-ils été prononcés par les physiologistes, comme nous l'avons fait remarquer en analysant les anatomo-pathologistes du grand Dictionnaire.

Après avoir recherché les caractères et refait l'histoire, 1°, des *produits non organisables,* matière d'apparence albumineuse, pus et tubercules,

(1) T. I, p. 318.

matière d'apparence gélatineuse, substance colloïde, matières grasses, matières salines, matières colorantes ; 2°, des *produits organisables,* matières organisables (A) déposées à la surface des organes ; pseudo-membranes, fibrine prouvée (B), déposées dans la trame des organes, fibrine présumée, tels que squirrhes, sarcomes simples, sarcomes charnus, vasculaires, médullaires encéphaloïdes, fongus hématodes, et avant de passer à sa troisième classe; enfin, 3°, *produits organisés jouissant d'une vie individuelle;* M. Andral aborde franchement la grande question du *cancer,* et c'est ici que nous trouvons le plus nettement exprimé un des principaux dogmes de la doctrine physiologique, un dogme qui parut pour la première fois, en 1809, dans l'*Histoire des phlegmasies,* qui fut consigné dans *l'Examen* de 1816, qui n'a jamais cessé d'être reproduit dans nos ouvrages, et que nous venons de consigner dans celui-ci en réponse à M. Gendrin. J'avoue que ma surprise n'a pas été médiocre en lisant dans les réflexions de M. Andral, de cet auteur qui craint tant de passer pour médecin physiologiste, que s'il n'a pas placé le cancer dans les variétés des produits organisables, il ne l'a pas non plus placé ailleurs, attendu qu'*à son avis* ce n'est point une altération à part, et que toutes les lésions, soit de nutrition, soit de sécrétion, arrivées à ce terme où elles se terminent par une ulcération qui s'étend de plus en plus, soit en superficie, soit en profondeur, constituent le cancer (1). Il insiste ensuite sur ce point, par nous si vivement soutenu, que les ulcères incoërcibles viennent dans tous les produits morbides de nutrition et de sécrétion, organisables ou non (3), dont il a donné la description, l'étiologie, la marche, etc. C'est ainsi qu'il termine la deuxième classe de ses produits morbides; et comme nous ne nous flatterions pas de mieux plaider que lui la cause des physiologistes sur cette question, nous nous contenterons de renvoyer à son ouvrage (2).

Quel dommage que M. le professeur Andral ait méconnu le rôle de l'irritation dans ce cancer dont il a si bien tracé l'anatomie pathologique! Il a fait un travail savant; il aurait fait une œuvre utile. Mais les phénomènes de vitalité sont plus difficiles à saisir que les faits d'anatomie. Encore une fois il faut attendre; la vérité ne parvient que difficilement aux masses, et peu d'hommes ont le courage de braver les inconvéniens attachés à certains mots, à certains noms, etc.

La section 4e du tome 1er de l'*Anatomie pathologique* de M. Andral, est entièrement consacrée à plaider la cause de l'*humorisme,* non pas dans l'intention d'en faire la base d'un système de médecine, mais dans le but de porter l'incertitude et la confusion dans le solidisme, à tel point que l'on soit entraîné, avec l'auteur, vers le scepticisme, que tout soit mis en problème, et que, par conséquent, la méthode physiologique soit discréditée.

Il commence par nous dire que le solidisme ne pouvant tout expliquer, on revient à l'humorisme qu'on avait abandonné.... Ces retours vers le passé se voient en toutes choses; car aucune connaissance n'est complète, et les nouveau-venus, qui n'ont point été éduqués selon les anciennes méthodes, qui n'en ont point éprouvé l'insuffisance et le dégoût, croient qu'ils iront plus loin que leurs maîtres en y revenant. Il leur faut l'expérience pour les détromper; et l'expérience dans une science est bien lente à produire ses résultats. On flottera encore long-temps, peut-être toujours, entre les vieux et les nouveaux systèmes. C'est ainsi qu'en religion nous voyons aujourd'hui la réaction contre le XVIIIe siècle; en politique, la réaction contre 1792; en philosophie, le retour vers Platon et vers Aristote. Pourquoi donc ne verrions-nous pas la médecine rétrograder vers l'humorisme et vers le chimisme?

Toutefois, ces pas rétrogrades ne sont pas ceux d'une génération tout entière. Il y a toujours quelques têtes fortes qui, d'un premier coup d'œil, découvrent les vices des vieux systèmes, et qui n'ont pas besoin d'y retourner et d'y divaguer vingt ans pour juger si c'est à tort ou à raison qu'on les a mis de côté. Ces hommes précieux sont les conservateurs des vérités que le temps nous fait conquérir, et ce sont eux qui les rendent parées d'un nouvel éclat aux masses studieuses, lorsque celles-ci, détrompées, reviennent enfin vers le mouvement progressif d'amélioration. Revenons à notre sujet.

M. Andral distingue dans le sang trois forces, dont la première est pour les mouvemens intestins du sang en circulation; la seconde, pour la fixation de ce fluide dans les solides, et le départ des molécules de ceux-ci pour lui revenir; la troisième, pour l'organiser lorsqu'il se trouve au repos. Il aurait pu les multiplier bien davantage; mais laissons-le s'arranger, sur tous ces points litigieux des théories microscopiques, avec les physiciens et les chimistes, qui sont bien loin d'en avoir fini avec leurs expériences d'endosmose, d'exosmose, d'électricité moléculaire, animale et végétale, de polarités diverses, etc., etc., et venons à ses conclusions. Nulle ligne rigoureuse de démarcation ne saurait être tracée sous le triple rapport des phénomènes de vitalité, de structure intime, et de composition chimique; donc l'une de ces trois choses ne saurait être modifiée sans que les autres le soient; donc l'état des solides est influencé par celui du sang; donc les solides ne peuvent subir de modifications sans qu'il en survienne aussi dans la nature et la quantité des matériaux destinés à former le sang et à s'en séparer; donc à la suite de toute altération des solides il y aura altération des liquides, et à la suite de toute modification des liquides, modification des solides; donc l'économie n'est qu'un grand tout indivisible en santé et en maladie.

Voilà certes des vérités auxquelles nous aurions mauvaise grâce de ne pas applaudir, car nous les avons consignées, dès l'année 1822, dans notre *Traité de physiologie,* et, en 1828, dans celui de l'*Irritation et de la folie.* Nous n'avons pas eu beaucoup de mérite à cela; c'est de la monnaie courante; ce sont les grandes et les premières généralités de la physiologie; mais il y a loin de là à la pratique ou application des modificateurs qui nous font vivre et mourir; application qui constitue la médecine par excellence. C'est pour cela que nous avons séparé les phénomènes de vitalité de ceux de chimie vivante ou organique, quoique nous sussions fort bien que la sensibilité et la motilité ne peuvent pas s'exécuter sans des modifications de composition des solides et des liquides du corps vivant.

Aussi cessons-nous d'être de l'avis de M. Andral lorsqu'il ajoute en substance : donc la distinction entre les solides et les liquides *est peu importante,* et non toujours juste, puisqu'elle cesse d'être réelle dans la trame des parties; donc les disputes entre

(1) et (2) Ouvrage cité, t. I, p. 501.

(3) Pourvu que le degré d'irritabilité et de congestibilité sanguine qui leur correspond y soit possible : condition de rigueur.

les solidistes et les humoristes *n'ont plus de sens.* (Ouvr. cité, t. I. p. 525 à 529.)

Il me fâche de me trouver ici en désaccord avec un confrère et un collègue aussi distingué que M. Andral; mais je ne crois pas, en conscience, devoir laisser passer de telles assertions.

La distinction entre les solides et les liquides a peut-être peu d'importance pour le chimiste qui met un cadavre dans son creuset, pour en connaître les matériaux et les principes constituans; pour le physicien moléculiste, qui passe sa vie aux théories spéculatives; mais elle en a beaucoup pour le physiologiste, parce que les solides sont fixes, et les fluides mobiles; parce que les solides déterminent la forme, la consistance, la situation, la couleur; parce que les solides meuvent, et que les fluides sont mus; parce que, partant des notions que lui procure l'anatomie, il est obligé de distinguer chaque portion de l'édifice vivant, et de déterminer le rôle qu'elle joue dans les phénomènes qui frappent ses sens; parce que, enfin, ces notions sont positives, matérielles, saisissables par tous les sens, tandis que celles de transformation des liquides en solides, des solides en liquides, et d'un liquide en un autre, sont purement rationnelles, puisqu'elles ne s'obtiennent qu'au moyen de la déduction.

Les disputes entre les solidistes et les humoristes peuvent n'avoir point de sens pour les chimistes et les physiciens, ou les philosophes transcendans; mais elles en ont beaucoup pour les médecins qui pratiquent, et pour les malades qui attendent d'eux le calme ou la souffrance, la vie ou la mort. En effet, c'est d'après les phénomènes de mouvement, et d'après ceux de sentiment qui frappent ses sens dans tel ou tel organe de son malade, que le médecin juge de sa maladie; c'est d'après la manière dont ces deux ordres de phénomènes sont modifiés par les moyens qu'il lui oppose, qu'il juge s'il doit en continuer l'emploi ou en essayer de nouveaux. Il faut qu'il apaise la douleur, qu'il calme la convulsion, qu'il régularise le mouvement de la masse des fluides dont le cœur, cet organe si éminemment irritable, est le moteur principal. S'il néglige d'avoir égard à ces grands phénomènes pour se conduire d'après des vues tirées des transformations moléculaires, c'est-à-dire d'après des vues purement humorales, il fait une mauvaise médecine : en ne voulant qu'évacuer des sabures, de la pituite ou de la bile, il stimule à contretemps le tube digestif et tous ses annexes; en ne se proposant que de corriger la putridité du sang, il exaspère l'irritation de tout l'appareil nerveux avec celle de ce même tube digestif; en s'opiniâtrant à dépurer le sang dans une foule d'affections chroniques, il détériore, et souvent pour toujours, la force assimilatrice de l'estomac, rend les malades nerveux, hypocondriaques, et souvent multiplie les maux qu'il voulait guérir. Un médecin purement humoriste est un vrai fléau pour l'humanité; il brise les organes et extermine les malades sans s'en douter et sans éprouver un remords qui puisse le ramener dans une voie meilleure. Il faut donc absolument que le praticien associe le solidisme avec l'humorisme; s'il tire un bon parti des données que lui fournissent ces deux sources, il n'est plus ni solidiste ni humoriste; il est judicieux : et comme, pour l'être, il faut savoir bien observer l'état de vie et les agens qui le modifient, il est médecin physiologiste.

Supposons maintenant un solidiste pur, il fera sans doute moins de bien que le rationnel vraiment physiologiste; mais si son solidisme n'est pas de mauvais aloi, il fera beaucoup plus de bien que l'humoriste pur, et rarement du mal comme celui-ci a coutume d'en faire. Rencontrera-t-il une plénitude, une dépravation humorale dans les premières voies, il en accusera les solides seuls; et s'il fait un sage emploi des moyens qui portent les noms de débilitans, de stimulans, de toniques, de calmans et d'antispasmodiques, dénominations qui n'annoncent que des idées de solidisme, il guérira sans avoir eu besoin de s'occuper des phénomènes moléculaires, des transformations, ni des corruptions humorales, et même sans avoir évacué le tube digestif. Il en sera de même dans les fièvres avec diathèses bilieuse, muqueuse ou pituiteuse, avec fétidité des excrétions; si le solidiste fait à ces maladies une juste application des antiphlogistiques, des débilitans, des toniques, des révulsifs, des dérivatifs, que lui indique le pur solidisme, il réussira beaucoup mieux que celui qui, préoccupé des théories humorales, ne pense qu'à évacuer, qu'à corriger la putridité, et qu'à favoriser les prétendus efforts de la nature pour l'expulsion d'un principe délétère. La raison en est bien claire, c'est que ces vues conduisent l'humoriste à l'emploi de moyens qui agissent défavorablement sur le mouvoir et sur le sentir de l'homme malade. Enfin cela s'applique aux maladies les plus chroniques : avec des idées d'humorisme on veut dépurer un cacochyme, qui, dans la grande majorité des cas, n'est tel que par l'effet d'une inflammation prolongée; on veut surtout le forcer prématurément à élaborer des alimens de bonne qualité : avec des idées de solidisme, on peut comprendre quelle est la cause de sa langueur, des mauvais sucs qui suintent de ses excréteurs, et lui prescrire le régime et les médicamens les plus propres à détruire le point local d'irritation, qui est la source de tous ses maux. Le solidisme, qui a pour base l'irritation, fût-il exclusif, prévient toujours bien des maux : il empêche le médecin de traiter un dartreux par des stimulans que l'humoriste appelle des dépuratifs; un porteur de duodénite chronique par des fondans, des amers, des purgatifs, sous prétexte de désobstruer le foie; un scrofuleux par des amers, des alkalins, des fondans, qui ne font le plus souvent que lui donner une gastrite ou une entérite s'il en est exempt : un asthmatique par des incisifs, des dissolvans de la pituite, des expectorans *quand même*, moyens qui ne vont point directement au but; tandis que l'idée d'une irritation des poumons par un obstacle au cours du sang conduit directement le solidiste le plus pur à la médication la plus rationnelle.

En somme, dans la grande, l'immense majorité des cas de pratique, on réussit infiniment mieux avec le pur solidisme en tête qu'avec le pur humorisme. C'est un fait que nous ne craignons nullement d'avancer, en déclarant mauvais observateurs et mauvais praticiens ceux qui soutiendraient le contraire... *par conviction;* car nous savons que bien des gens soutiennent ce qu'ils ne croient pas.

Tout médecin tant soit peu imbu des idées de physique et de chimie, et surtout de physiologie pathologique, n'ignore pas qu'il y a des altérations dans les liquides toutes les fois qu'il y en a dans les solides; que les liquides peuvent être le véhicule de certains poisons, de certains virus, de certains miasmes qui n'attaquent les solides qu'après avoir altéré les humeurs; que les inflammations des membranes muqueuses inondent le sang de mucosités corrompues; que celles des tissus cellulaires, aréolaires et de la peau l'infectent d'albumine et de fibrine corrompues, de pus souvent infect et réellement vénéneux comme celui de la variole, etc., etc.

Tous ces faits sont tellement vulgaires, on a tant fait et tant publié d'expériences sur les ingestions d'alimens putréfiés dans les voies digestives, sur les insertions de chairs putrides sous la peau, sur les injections de sanies infectes, de pus corrompu dans les veines des animaux, qu'il faudrait n'avoir pas ouvert un seul journal, un seul livre de médecine composés depuis trente ans, pour ignorer tout cela. Personne aussi ne peut avoir perdu de vue les infections du sang par certains gaz, par les morsures des ophidiens. Eh bien! rien de tout cela n'oblige le médecin à fonder ses indications uniquement sur l'humorisme, et tous ceux qui ont cru devoir le faire, ont eu plus de revers que de succès dans leur pratique. La médecine n'est pas une manipulation chimique; les réactifs exercent bien quelque action sur les substances étrangères lorsqu'elles ne sont que dans les voies digestives, encore faut-il tenir compte de la vitalité de leurs parois; mais dans les secondes voies, dans celles de l'absorption, de la circulation, de la sécrétion, et dans la trame intime où s'opère la nutrition, l'œil du chimiste ne voit rien, la main du manipulateur ne dirige rien, c'est d'après d'autres données que celles tirées de la chimie brute qu'il faut opérer. Ce sont les lois vitales, constituant la providence intérieure de l'organe, qui opèrent les transformations, les départs, les éliminations, les dépurations, et, *le plus souvent*, il ne faut que modérer ou ranimer l'excitation à propos pour qu'elles réussissent dans ce travail. Aussi les solidistes purs, qui s'en rapportent à cette providence vitale, et qui ne discutent point ses œuvres, mais qui s'attachent à modérer ou à ranimer l'excitation, guérissent-ils plus souvent et plus solidement que les humoristes purs qui vont sans cesse cherchant un évacuant pour certaines humeurs, un neutralisant pour d'autres, ou un correctif spécifique, sans s'enquérir de l'influence de ces agens sur l'excitation. Faut-il en reproduire encore une fois la raison? c'est que les modificateurs n'opèrent sur les fluides qu'après avoir agi sur les solides, et que l'on n'a, pour apprécier leurs bons comme leurs mauvais effets, d'autres guides que la manière dont ils agissent sur le sentir et sur le mouvoir.

Conclusion. Si l'humorisme a *toujours* besoin du vitalisme; si le vitalisme peut, *le plus souvent*, se passer de l'humorisme; si l'humorisme pur fait *toujours* beaucoup de mal dans la pratique; si le solidisme pur fait *très souvent* du bien et *rarement* du mal quand il est de bon aloi, et qu'il ne repose pas, comme celui de Brown et des ontologistes, sur des abstractions, il est impossible de soutenir que les disputes entre les humoristes et les solidistes *n'ont plus de sens.* Il faut absolument confesser qu'elles en ont beaucoup malgré tous les progrès des sciences physiques et chimiques, et qu'elles en auront toujours quelles que soient les innovations que le temps puisse introduire dans les théories qui sont relatives à l'art de guérir.

Arrêtons-nous un instant à quelques-unes des *preuves de l'altération du sang*, que M. Andral énumère pour faire sentir l'importance de l'humorisme.

Le sang tiré des veines offre des changemens considérables; variations multipliées dans les proportions et la consistance du caillot auquel le cruor est ou n'est pas adhérent, ce qui établit l'absence ou la présence de la couenne; proportions diverses du carbone, de l'oxigène; force de cohérence très-variable entre les molécules, au moindre degré de laquelle le sang reste liquide; sérum plus ou moins visqueux, plus ou moins riche en albumine; couche muqueuse au fond du vase dans le sérum, ou suspendue en énéorême, ce qui serait, suivant M. Gendrin, l'indice de la présence du pus résorbé dans le sang; sang rouge dans les maladies inflammatoires, pâle dans les asthéniques; sang altéré par diverses substances qui ne s'y trouvent pas ordinairement, tels que matières encéphaloïdes, entozoaires, concrétions calculeuses (elles peuvent s'être détachées des vaisseaux), sang grumeleux, friable, décoloré, d'un gris sale, comme purulent ou sanieux; le tout localement ou généralement : souvent alors, ajoute-t-on, des sécrétions purulentes existant quelque part, des caillots, des encéphaloïdes contenus dans les gros vaisseaux figurent encore ici.

Maintenant, que prouvent ces faits en faveur de l'humorisme? que le sang est plus ou moins riche en fibrine, en cruor, et qu'il est le dépôt momentané du produit de toutes les résorptions. N'est-ce pas l'inflammation non arrêtée dans son essor qui lui fournit tous ces matériaux hétérogènes? Mais ne sait-on pas aussi qu'ils en sont incessamment éliminés par les lois vitales? Faut-il, à cause de ces altérations passagères, revenir aux vieilles théories; oublier les modifications que les médicamens et les alimens font éprouver à la motilité, à la sensibilité? Doit-on, pour établir la thérapeutique de tous ces cas, aller porter le sang et les matières excrétées dans la cornue, dans le creuset du chimiste, pour savoir quels principes sont en plus, quels autres sont en moins, ou essayer les réactifs pour reconnaître ce qui rétablit la couleur, la cohérence, ce qui neutralise ou précipite les matières purulentes, sanieuses, qui ont été absorbées; ce qui dissout les concrétions, les caillots, etc.; et puis de là se rendre à la pharmacie pour établir ses formules sur ces données, sans aucun égard à l'irritabilité, à la sensibilité des organes? Faut-il, pour cela, négliger le point de phlegmasie qui trouble l'assimilation, la nutrition? ou bien faut-il agir sur lui par des réactifs chimiques, au lieu de se servir des données fournies par l'observation physiologique pour y apaiser l'irritation, pour l'augmenter si elle est en défaut, ou bien pour modifier ce point de phlegmasie par la stimulation ou la sédation des organes qui correspondent le plus directement avec le mobile de l'irritation? Or, nous soutenons que modifier la vitalité des points d'irritation est le seul parti qui soit raisonnable, et que le thérapeutiste doit s'en rapporter aux lois vitales pour la récomposition des solides et des fluides.

Dans quelques cas, à la vérité, on peut s'aider des données que fournissent l'inspection et l'analyse du sang; mais ces données ne sont jamais l'unique base de la thérapeutique. On sait très bien qu'il y a indication de saignée lorsque le sang est trop fibrineux ou couenneux, mais l'aspect du groupe de symptômes vous conduit au même résultat; le sang pauvre et dissous exige des matériaux nutritifs réparateurs, mais la faiblesse, le sentiment du malade, l'état de la nutrition vous fournissent la même indication, et vous ne pouvez la remplir qu'en ménageant l'irritabilité et la sensibilité des organes digestifs. Si vous voulez à toute force restaurer un malheureux que l'inflammation de ses organes empêche de bien assimiler, vous le tuerez; il faut attendre, il faut même parfois augmenter pour quelque temps la faiblesse, l'appauvrissement du sang; et, dans la convalescence, graduer la nourriture en proportion du retour des forces et de la diminution des susceptibilités organiques. On nous parle beaucoup des succès du fer dans la chlorose : fort bien, comme tout autre tonique, si l'estomac languit par anémie; fort mal, si les règles sont retenues par

une irritation viscérale. Il faut donc toujours en juger par l'irritation, c'est-à-dire par les solides.

Il en est de même d'un sujet affecté de scorbut : vous ne rétablirez point chez lui la bonne assimilation, vous ne corrigerez point la corruption de ses humeurs avec les réactifs suggérés par l'analyse de ses fluides ou de ses solides; mais si vous pouvez trouver l'aliment frais, soit du règne végétal, soit de l'animal, qui convient à la susceptibilité de son tube digestif, souvent alors fort irritable, les lois de la vie reprendront leurs droits, et toutes les dépravations des solides et des fluides seront corrigées, et toutes les éliminations et dépurations nécessaires seront exécutées jusqu'à la plus parfaite guérison.

On peut appliquer la même remarque aux cas de purulence : tant que nos pères ont voulu résister à la corruption du sang par le kina, le bon vin, les balsamiques dans les grandes plaies et les suppurations des organes intérieurs, qui inondent le sang de pus résorbé, ils ont fait beaucoup de mal et hâté le dernier moment. Les modernes ont été beaucoup plus heureux depuis le développement de la méthode physiologique, en s'imposant la loi de combattre l'irritation locale qui fournit le pus à la résorption, et de ne pas ajouter, par des drogues stimulantes, à l'irritation qu'il fait éprouver aux viscères et surtout aux centres nerveux. Il est peu de cas où le sang soit inondé de plus de pus que dans la troisième période de la variole confluente; mais les médecins qui ont suivi le mouvement de la science se gardent bien de soumettre les malades à la stimulation prétendue antiputride. Ils se contentent, comme dans tous les autres cas de purulence, de nourrir les malades avec les substances féculentes, lactées ou gélatineuses, que l'estomac peut supporter, et s'en rapportent aux lois vitales pour la dépuration et la restauration du sang. Ils n'ignorent pas que le pus résorbé peut concourir avec l'habitude inflammatoire qui domine l'économie, à produire des phlegmasies secondaires et des apostèmes; mais cela ne les empêche pas de combattre les accidens par la méthode antiphlogistique, et ils le font avec succès.

Depuis que l'on a constaté ce que nous avions signalé dans notre physiologie pathologique, que l'inflammation remontait souvent des foyers de phlegmasie dans tout l'arbre circulatoire, par la voie des capillaires et des branches de second ordre, on a cru pouvoir expliquer toutes les inflammations consécutives aux foyers inflammatoires par la présence du pus dans le sang; c'est une exagération; car dans une foule de cas, dans les plus nombreux sans contredit, cette purulence du sang ne produit pas de dépôt consécutif; ils correspondent bien plutôt à l'irritation du foyer primitif; car, d'ailleurs, ce foyer ne fût-il pas purulent, peut également provoquer des inflammations secondaires. Eh bien! malgré l'âpreté avec laquelle nos opposans se sont jetés sur ce fait, dans l'espoir de réhabiliter le vieil humorisme, ont-ils proposé des spécifiques destinés à neutraliser le pus résorbé? Ils se sont contentés des moyens qu'ils ont crus propres à combattre ces inflammations et la phlébite, que le pus détermine quelquefois, comme nous l'avions dit, en remontant vers le centre circulatoire; l'état de la science ne leur a pas permis d'oser davantage; ils ont cru qu'ils avaient beaucoup nui à la méthode physiologique : ils l'ont servie, car ils l'ont confirmée, et voilà tout.

Nouvelles preuves de l'altération du sang, s'écrie M. Andral (1), et de suite il allègue l'injection du sang d'un animal dans les veines d'un autre. Il y a déjà long-temps que les expériences de nos pères sur la transfusion nous ont appris qu'un sang qui n'était point assimilé par l'individu, lui servait souvent de poison, et les expériences qu'on a voulu faire de ce moyen en Angleterre, contre le choléra, n'ont que trop confirmé cette triste vérité. Elles ont prouvé en même temps la vérité du vieil adage, que l'*expérience des pères est perdue pour les enfans*, et nous ont ainsi montré qu'il faut s'attendre à voir sans cesse renouveler sur la pauvre espèce humaine tous les essais qui ont eu jadis les plus funestes résultats.

Mais que prouvent ces expériences en faveur de l'humorisme? elles déposent contre son application directe à la thérapeutique, car elles font voir, conjointement avec les mauvais effets des injections de médicamens dans les veines, qu'il faut s'en rapporter aux lois vitales dans l'administration des moyens qui doivent corriger les vices du sang, et qu'il y a beaucoup de danger à vouloir modifier immédiatement les humeurs vivantes sans consulter l'irritabilité et la sensibilité des organes de rapport par où doivent pénétrer les substances qui sont destinées pour l'intérieur des tissus.

M. Andral allègue ensuite la production du charbon et des pustules malignes par l'inoculation du sang des animaux morts de ces maladies; mais ce fait rentre dans les précédens : la résorption ne garantit point l'assimilation ni la neutralisation des matières hétérogènes. Ces mêmes chairs et ce même sang ont été plusieurs fois ingérés sans inconvénient, et s'ils en ont occasionné, aussi bien que tous les alimens de mauvaise qualité, les voies digestives en ont souffert les premières. Elles ont donné le signal de l'état morbide commençant, et ont enseigné au praticien à ne rien tenter sur les fluides sans consulter les lois vitales.

Bien plus, les cas d'empoisonnemens miasmatiques, où des venins malheureusement trop subtils s'introduisent furtivement dans les fluides, continuent de déposer contre la médecine à base humorale; car s'ils produisent des effets nuisibles, c'est le trouble des centres nerveux qui en donne le premier signal; viennent ensuite les inflammations des voies digestives et de leurs annexes sécréteurs, par où doivent se faire les éliminations des poisons qui ont pu circuler dans les humeurs; quelquefois même les inflammations de la peau et des surfaces respiratoires, en un mot de toutes les voies d'excrétion, c'est-à-dire de tous les tissus d'où part la sensibilité, et qui partagent avec les muscles cette irritabilité qui veille à la conservation de l'individu, et que les vieux classiques n'ont jamais pu braver impunément dans leur utopie de restauration immédiate des humeurs.

Le sang extrait d'alimens malsains, ou imprégné de certains poisons ou venins absorbés, est-il affecté morbifiquement avant les solides, et cette affection peut-elle constituer une maladie toute humorale? M. Andral le pense : il va même jusqu'à dire que ce sang est corrompu, parce qu'il se disgrège et se putréfie plus promptement qu'à l'ordinaire après qu'on l'a tiré. Nous trouvons ces assertions exagérées : comme les fluides sont incessamment échangés avec les solides, si toutes les molécules circulantes sont dépravées, les solides doivent y participer et être malades avec eux. Mais comment en acquérir la certitude, si les lésions de la sensibilité et de l'irrita-

(1) Ouvr. cité, t. I, p. 539.

bilité n'en donnent le signal? On le peut d'autant moins, que quelques sujets soumis à ces causes ne sont point malades. S'il n'y a qu'une partie des molécules circulantes qui soient altérées, les solides pourront, à la vérité, les rejeter et ne s'approprier que celles qui sont saines; mais le sang devra-t-il, pour cette raison, être dit malade tout seul dans ce cas? non, sans doute; car rien ne peut l'attester, et l'on voit très souvent des personnes jouir de la meilleure santé du monde en absorbant des substances malsaines, et qui rendent malades d'autres personnes. C'est parce que les premières ont acquis l'habitude de ces impressions intérieures, et qu'il se fait, par les éliminateurs, une dépuration continuelle, qui maintient l'harmonie des fonctions. Mais si, malgré cette harmonie, on voulait soutenir qu'un homme est malade parce qu'il a des particules délétères flottantes dans ses humeurs, il faudrait placer au rang des malades toutes les personnes qui respirent les émanations des varioleux et celles de tous les fébricitans à fièvres graves, à suppurations résorbées, et surtout les personnes qui, comme les écarisseurs et les anatomistes, vivent continuellement, et dans la meilleure santé possible, au milieu des émanations putrides.

Quant aux corruptions du sang par les morsures des ophidiens, les expériences de M. Fanau de la Cour, qui s'est fait mordre lui-même, prouvent que l'affection des solides est plus rapide que celle des fluides, puisque dans la minute de la morsure il se sentit l'épigastre douloureux et brûlant. Nul doute que dans ces infections, et dans beaucoup d'autres des plus rapides dans leurs effets, c'est le système nerveux qui reçoit la première atteinte et qui donne le premier signal. Tous les empoisonnemens par les gaz éminemment délétères rentrent sans contredit dans cette catégorie.

Nous ne nous arrêterons pas à répondre aux objections de notre auteur, tirées des lésions de l'électricité du sang dans les *fièvres graves*, des changemens de la consistance et de la coagulabilité du même fluide par les innervations, par la ligature des nerfs pneumogastriques, par le cornage chez les chevaux, c'est-à-dire par la dyspnée, etc. Si de tels faits suffisaient pour ramener la médecine à l'humorisme, il faudrait, sans balancer, renoncer définitivement au solidisme, et abdiquer tous les progrès que vient de faire l'art de guérir; car il n'y a point de maladie, tant soit-elle courte et légère, il n'y a même pas d'affection morale, pour peu qu'elle soit intense, qui ne modifie à l'instant même l'électricité et la composition des humeurs, ne fût-ce que localement. Personne n'ignore qu'un accès de colère peut rendre le lait d'une nourrice vénéneux pour l'enfant qui va le sucer; que la colère rend la bile âcre et fort irritante; et nous-même pensons que cette passion peut faire de la salive un venin subtil et rabifique.

Certes, de toutes ces maladies il n'en est point qui déprave et corrompe le sang plus profondément et plus généralement que les inflammations étendues des grands viscères, surtout des abdominaux: elles commencent à l'altérer dès leur début; mais elles l'affectent bien plus gravement lorsqu'elles persistent, qu'elles dépravent la mucosité, et qu'elles fabriquent des flots de pus fétide et de sanies virulentes dont la résorption s'empare aussitôt. Eh bien! ces dépravations, ces corruptions, que personne n'ignore, que personne ne songe à mettre en doute, et qu'il ne faut pas aller chercher bien loin, comme on voit, que prouvent-elles en faveur de ces théories humorales du bon vieux temps, que quelques modernes (je ne parle plus de M. Andral) affectent de tant regretter? Nous ne répondrons pas; ce serait nous répéter. Nous nous contenterons d'une réflexion dont les médecins de bonne foi apprécieront la valeur: c'est qu'il n'y a que l'ignorance, la légèreté, ou l'esprit de spéculation qui puissent pousser un écrivain de l'époque actuelle à représenter les médecins physiologistes comme des solidistes exclusifs, qui n'ont jamais pensé aux altérations des humeurs.

Le dernier passage de M. Andral, sur la question de l'humorisme, roule sur *les maladies chroniques par vice primitif du sang.*

Le régime surazoté, et le défaut d'exercice, produisent *la pléthore, disposition aux maladies inflammatoires*.... Qui le nie? Mais qu'on ne nie pas non plus qu'il a hypersarcose en même temps. Au surplus, la pléthore n'est morbide que lorsque les solides témoignent leur souffrance; ils sont donc encore ici les guides du médecin; ils le sont à tel point que rien n'est aussi variable que la pléthore; l'homme peu irritable la supporte sans en souffrir, et vous ne le déclarerez pas malade parcequ'il a plus de fibrine et de cruor qu'un sujet très irritable que vous êtes forcé de saigner au plus léger degré de pléthore: celui qui a long-temps vécu avec peu de sang, et qui est très irritable, succombe à une pléthore qui n'incommode pas un sujet robuste et peu sensible. C'est donc toujours d'après l'irritabilité et la sensibilité qu'il faut se guider.

La *sécrétion surabondante de l'urée* et la *gravelle* sont souvent l'effet de cette pléthore surazotée... C'est ce que nous professons depuis vingt ans; mais nous disons aussi qu'il s'y joint une irritabilité particulière du rein qui n'existe pas chez tous les hommes, et que la sensibilité et l'irritabilité sont lésées dans les voies urinaires plus qu'ailleurs. La maladie n'est donc pas bornée aux humeurs? toutes les indications ne sont donc pas fournies par elles?

L'auteur admet dans ces cas, ou sans eux, une *diathèse sur-urique,* qui occasionne des dépôts dans diverses parties du corps. Il veut parler des goutteux que plusieurs médecins considèrent comme ayant le sang surchargé d'acide urique et de sels calcaires qui vont se déposer autour des articulations. Ces auteurs pensent que la vieillesse, qui affaiblit les dépurations, et le régime suranimal, qui les rendrait cependant plus nécessaires, déterminent un état du sang particulier à la goutte, et en vertu duquel les lamelles *circum articulaires,* l'intérieur des articles, la peau et une foule d'autres tissus se mettent à sécréter des matières surazotées et calcaires.

C'est la théorie de Musgraw, de Sydenham et de plusieurs autres classiques que nous avons cités dans cet ouvrage. Les mots sont seulement changés: au lieu de terre surabondante dans le sang par le vice de l'élaboration et de la dépuration, on parle de sels de chaux, d'urée et d'acide urique, etc., et la spécialité de la goutte est consacrée de nouveau. S'il n'y avait que cette dépravation dans la goutte, elle serait trop facile à guérir, et à prévenir dans les récidives dont elle menace. Il suffirait de changer le régime des goutteux. Mais explique-t-elle l'opiniâtreté de cette affection lorsque l'habitude en est prise? rend-elle raison de toutes les irritations viscérales qui tourmentent les vieux goutteux, lors même que leur constitution est détériorée par le régime sévère, les pertes de sang, et qu'ils sont si loin de la pléthore et de la surazotation? montre-

t-elle la cause de l'activité des sympathies qui s'établissent, au bout d'un certain temps, entre les articulations souffrantes, les centres nerveux, le cœur et l'estomac? Y voit-on l'explication de ces hypertrophies du cœur si communes chez les vieux goutteux? Pourquoi, malgré l'affaiblissement et l'anémie de ces sujets, les articulations continuent-elles de se phlogoser et de se subenflammer dans plusieurs nuances différentes, depuis le phlegmon jusqu'à l'infiltration gélatiniforme et l'état calcaire? Dans ce cas, la surabondance azotée n'existe plus; les sels calcaires n'ont pas abandonné les os qui ne sont point malades dans les lieux exempts de goutte, et cependant toutes les vicissitudes atmosphériques, toutes les stimulations un peu trop vives des centres nerveux et des voies digestives vont retentir dans les articulations, y font renaître la douleur, et y redoublent les congestions dont chacune laisse un dépôt de matière muqueuse ou albumineuse, ou, si l'on veut même, un peu fibrineuse, dépôt qui n'a pas le temps d'être résorbé avant qu'une autre survienne. Irrité dans sa matière nerveuse, irrité dans ses capillaires sanguins, dans ses aréoles blanches, où la fibrine ne peut pénétrer, le pourtour des articles, inondé de ces matières, en partie extravasées, en partie soumises à l'action des vaisseaux du lieu, éprouve différens vices de nutrition qui le détériorent de la manière la plus déplorable. De plus, les cartilages inter-articulaires se fondent, tombent en détritus; les os s'usent, s'amincissent, dépourvus de ces tapis protecteurs; et quelquefois autour de ces tissus où l'inflammation languit, il se développe tout-à-coup, dans ceux qui sont restés vierges d'irritation, une phlegmasie véhémente qui aboutit au phlegmon, à l'érysipèle ou à la gangrène.

Rendez-nous compte de tant de souffrances, de tant de désordres par la surabondance de l'urée et des sels calcaires dans le sang, ô vous, messieurs de l'humorisme, qui regrettez ce bon temps où l'on laissait souffrir un goutteux de peur de contrarier la nature qui voulait absolument faire passer les immondices terreux du sang au crible des membranes articulaires! ou bien soutenez-nous que, pour être sage et heureux dans la thérapeutique anti-goutteuse, il vaut mieux s'occuper à corriger le vice du sang qu'à faire avorter le plus tôt possible, comme nous le faisons, les irritations articulaires, de peur que l'habitude s'en établisse. Moquez-vous des physiologistes lorsqu'ils s'attachent à détruire tous les points d'irritation qui peuvent se trouver dans l'estomac, le duodénum, le foie des goutteux, dans leurs intestins, dans leur cœur ou dans tel autre point sensible de l'économie, parce qu'ils savent qu'une irritation en réveille une autre, que les articles qui l'ont éprouvée y restent long-temps exposés, et que tant que la constitution conserve de l'énergie, les lois qui la régissent tendent à rejeter vers les parties extérieures les plus irritables les congestions actives qui se forment dans les grands foyers de la vie. Soutenez-nous, si vous l'osez, qu'il faut substituer à ces vues physiologiques les médications anti-humorales, c'est-à-dire, avec le régime non azoté, les spécifiques neutralisans des particules uriques, phosphoriques, calcaires, qui restent divagantes dans les humeurs plusieurs années après que la diathèse pléthorique et suranimale qui les avait mises dans le sang a été détruite. Mais non, vous ne tiendrez pas ce langage; il est trop suranné, trop choquant : vous vous jetterez dans l'ontologie, dans le spécificisme, dans l'empirisme pour les cas de souffrances polysphlanchniques qui surviennent aux anciens goutteux. Vous irez donc tâtonnant un jour avec un calmant, l'autre avec un purgatif, le troisième avec un tonique ou un excitant diffusible, variant tous les jours vos formules, et sans être corrigés par votre échec de la veille, parce que vous ne daignez jamais interroger d'avance la susceptibilité des organes, ni vous familiariser avec les sympathies qui les unissent entre eux. Agir ainsi, ne pas emprunter en huit jours des remèdes à huit théories différentes, ce ne serait pas être *éclectique;* ce serait avoir un système, c'est-à-dire des notions coordonnées dans la tête. Vous en rougiriez; vous auriez raison. Cette méthode est celle des physiologistes; ils vous laisseront rire derrière vos malades en torture, et s'attacheront à enlever le plus tôt possible toutes les irritations qu'ils découvriront chez les leurs, laissant aux lois vitales le soin de dépurer leurs fluides, et de restaurer leurs solides (1).

Oui, certes, il y a dans la goutte et dans les maladies calculeuses, autre chose que des sels surabondans et divagans dans l'économie; il y a de l'irritation, et le secret de la cure consiste à n'en pas laisser prendre la pernicieuse habitude, ou bien à la détruire lorsqu'elle n'a pas encore porté atteinte à l'organisation des tissus nerveux et des principaux viscères. Les causes en sont appréciables, et quoi qu'en puissent dire les pyrrhoiens, ceux qui les chercheront au flambeau de la physiologie les découvriront.

M. le professeur Andral place au nombre des maladies qui ont leur point de départ dans la viciation des solides, l'*hydropisie produite par les alimens aqueux et crus que nos organes ne peuvent assimiler, et d'où résulte un* SANG MAL ÉLABORÉ. Cette classification suppose que les solides ne participent point à ce vice d'assimilation : que devient alors la sentence qu'il a prononcée plus haut sur l'identité des solides et des fluides?... Il s'enhardit ensuite, et nous présente tout-à-coup *le sang tourné en eau* sans aucune cause appréciable. Une telle assertion est-elle bien de cet esprit philosophe qui s'est montré naguère si difficile sur les preuves?...

Le *scorbut*, si on l'en croit, *a rendu plus d'un solidiste infidèle.* J'ignore encore pourquoi il nous réduit au solidisme exclusif; mais je sais qu'il répète tout ce que nous avons dit des causes du scorbut; après quoi il lui plaît de le faire paraître, comme l'hydropisie, sans cause appréciable. Niera-t-on, ajoute-t-il, que dans ces cas il n'a pas de cause, parce qu'on ne les voit pas?... Non, certes; mais on niera que ceux qui n'en ont pas trouvé aient bien observé! C'est encore ici le vice que nous avons reproché à M. Gendrin : celui de se livrer à des affirmations ou à des négations pures et simples sur la foi de mauvais observateurs.

Cette déférence pour des noms imposans peut avoir des motifs louables; mais il faut aussi songer au temps qui ne peut manquer de porter un coup funeste aux dogmes mal fondés, et préserver sa réputation du blâme qui doit rejaillir sur ceux qui les ont admis trop légèrement. On doit aussi se garder de croire que d'autres ne puissent découvrir au-delà de la portée de notre vue. Quant à moi, je ne balance pas ici à m'exécuter sous ce rapport. Long-temps je n'ai

(1) Il est bien clair que cette apostrophe, adressée aux humoristes en général, n'est nullement dirigée contre M. Andral. Il en est ainsi de plusieurs autres du même genre que l'on a lues ou que l'on pourra lire dans cet article.

pas cru qu'il existât un rapport constant, appréciable, entre les formes de l'encéphale, et les facultés des animaux. Je le crois maintenant, parce que j'ai voulu m'en assurer. Je ne pense pas insulter un confrère en lui disant qu'il n'a pas encore assez vécu dans l'observation des faits, ou qu'il a observé, jusqu'à une époque donnée, trop superficiellement pour croire ce qu'affirment des hommes dignes de foi. Nous débutons tous dans la vie par la présomption, l'orgueil, et la disposition à critiquer nos aînés; mais malheur à ceux qui ne se corrigent point de ce travers!

Toutes les fois qu'un grand nombre d'organes sont simultanément affectés, dit notre auteur, *on doit admettre une condition morbide préexistante, résidant dans le sang et dans le système nerveux*, et il invoque en preuve la constitution scrofuleuse qui dénature toutes les sécrétions, et produit les tubercules pulmonaires, qui, dans d'autres cas, peuvent être une affection purement locale. (Ouv. cité, t. I, p. 560.) Voilà encore une sentence contre laquelle nous nous croyons en conscience forcé de nous inscrire; car nous ne trouverions peut-être pas une autre occasion de traiter cette importante question.

Cette assertion est évidemment dirigée contre celle des physiologistes, portant que toute maladie est primitivement locale. Mais si nous l'avons émise, c'est que nous avions des motifs; c'est parce que nous remarquions que l'on peut toujours prévenir ces états morbides où plusieurs organes sont affectés simultanément, lorsqu'ils ne dépendent pas de causes traumatiques, ou de violences extérieures agissant tout-à-coup sur l'ensemble de l'économie, comme l'immersion, la foudre, etc. On y réussit en effet en détruisant, dès son origine, le point d'irritation par où commence le désordre. Ce n'est donc pas spéculativement que nous avons prononcé; et nous ne trouvons pas mauvais que ceux qui n'ont pas assez long-temps vécu dans le mode d'expérimentation, qui a porté la conviction dans notre esprit, ne nous croient pas sur parole. Nous leur dirons donc que la plus grande majorité des maladies épidémiques peut être prévenue en détruisant le premier point d'irritation, et nous n'en excepterons pas le choléra-morbus; que la goutte ne devient point une maladie polysplanchnique lorsqu'on a soin d'en arrêter de bonne heure les premiers accès; que l'hypocondrie cède à la destruction complète du point d'irritation viscérale, d'où part le groupe de symptômes nerveux qui la constitue; enfin, que le scrofule lui-même ne se multiplie pas dans les tissus divers, lorsqu'on s'oppose de bonne heure à l'irritation locale de son début. Ce dernier fait mérite de nous arrêter quelques instans.

Les anciens avaient admis un *vice strumeux*, qu'ils attribuaient à un âcre, à un acide, à la plasticité des sucs lymphatiques, mais que plus tard on s'était accordé à considérer comme un état de sous-animalisation, tenant à la faiblesse de la nutrition, et à la prédominance du tempérament lymphatique.

Dans nos dissertations sur cette maladie (1), nous arrivâmes à conclure que le défaut de chaleur et de lumière, plus encore que les mauvais alimens, empêchait l'assimilation d'être parfaite, et la composition des tissus blancs, tels que ceux de liaison et de support, d'être solide. Nous donnâmes pour preuve de ce fait la facilité avec laquelle l'irritation se développe par la stimulation la plus légère, dans ces tissus où elle pénètre si difficilement dans les constitutions bien nutritionnées. En effet, ce ne sont pas seulement les ganglions lymphatiques, les absorbans, les follicules muqueux, qui s'enflamment, et se subenflamment, à l'occasion des stimulations accidentelles, chez les scrofuleux; ce sont aussi les tendons, les ligamens, le périoste, la membrane médullaire et les os, qui, par le froid, par les contusions, par le poids du corps, etc., se tuméfient, perdent leur consistance, et suppurent diversement. Il y a donc dans ces tissus une irritabilité supernormale qui les expose à cet accident; et lorsqu'une fois la phlegmasie et la subinflammation y ont pénétré, elles y opèrent comme dans tous les tempéramens possibles; elles déterminent le départ des sels calcaires, d'où dépend leur solidité, et les assimile aux parties molles.

Si l'on admet ce fait, qui nous paraît incontestable, il faudra convenir que le vice scrofuleux n'est pas borné aux fluides, mais que les solides y participent; il faudra aussi confesser que le tissu nerveux n'est pas affecté de préférence aux autres tissus; mais que toute la trame vivante participe au vice dont il s'agit. Par conséquent, si ce vice est une maladie, elle n'a point son siége primitif dans le sang et dans le système nerveux.

Mais la *disposition scrofuleuse doit-elle vraiment être considérée comme une maladie?* Cette question vaut bien la peine d'être traitée.

Les formes scrofuleuses, les grosses lèvres, le nez arrondi, les yeux bleus et ternes, une mauvaise dentition, des oreilles grosses et saillantes, un visage rond, et des muscles à peine reconnaissables sous un tissu cellulaire abondant, annoncent bien la prédisposition au scrofule; mais ces attributs constitutionnels ne le constituent pas, puisque nous voyons une foule de personnes ainsi organisées passer leur vie sans en éprouver les atteintes. Sur une famille composée de dix enfans ainsi constitués, il n'y en a souvent qu'un ou deux chez qui cette maladie se développe à l'occasion de l'impression du froid, d'une contusion, ou d'une phlegmasie du tube digestif; et si ces deux étaient allés habiter un climat chaud et sec, ils n'en auraient peut-être pas été attaqués. Eh bien! nous demandons maintenant à messieurs de l'humorisme, en quoi les humeurs des premiers diffèrent de celles des seconds, et s'ils ont quelque preuve d'un état morbide antérieur à l'apparition des phénomènes du scrofule? S'ils n'en ont point, ils ne pourront nous dire lesquels de ces dix enfans deviendront scrofuleux; et quant à ceux qui ne le deviennent jamais, ils n'admettront pas chez eux, nous osons le croire, un état morbide des humeurs que rien ne révèle.

Tous ces sujets sont fragiles, nous le savons; tous guérissent plus difficilement de leurs phlegmasies que ceux qui sont bien constitués; tous courent le risque de voir se prolonger dans la chronicité les inflammations dont ils seront attaqués, si on ne les en délivre promptement; tous seront plus exposés au développement des tubercules lorsqu'ils auront à souffrir long-temps d'une phlegmasie. Nous avons dit tout cela; nous l'avons prêché sur les toits, et nous avons attribué la fréquence des phthisies pulmonaires *tuberculeuses* et des altérations organiques *de tout genre* à cette langueur de la nutrition du premier âge, si commune dans les grandes villes, et qui finit par amener la dégénération des familles. Mais tout cela ne constitue pas des états morbides: ce sont des prédispositions dont il est très possible d'annuler les conséquences, puisqu'on peut être blond, délicat, peu musculeux, à chairs molles, à formes arrondies, etc., sans être malade, ou sans

(1) Voir les *Commentaires sur les propositions de l'Examen* et les *Annales* en plusieurs passages.

l'être gravement, pourvu que l'on se trouve dans une position sociale qui permette d'écarter les causes excitantes, ou de détruire les excitations aussitôt qu'elles apparaissent.

Si les fatalistes doutent de cela, nous n'en doutons pas, nous, le moins du monde, et nous en concluons, relativement au scrofule, que rien ne peut démontrer une condition morbide des humeurs jusqu'au moment où l'affection strumeuse fait explosion.

Mais la voici : elle se répand sur plusieurs organes, ou elle se généralise, comme le disent les sectateurs des théories humorales et ontologiques. Ils vont triompher peut-être; je les entends déjà qui s'écrient que si la diathèse humorale n'a pu être déterminée *à priori*, elle peut du moins l'être *à posteriori*, puisque tant de tissus se mettent de concert à vivre anormalement et à sécréter des humeurs toutes particulières.

Attendez, messieurs, attendez : si les affections locales du scrofule se multiplient ainsi, c'est que vous les traitez fort mal et d'après de fausses théories. Votre entêtement sur ce point, votre acharnement dans la négation, votre refus de tout essai capable de vous faire juger la question, sont vraiment extraordinaires. Vous ne voulez pas seulement accueillir l'idée du doute : il faut absolument que vos scrofuleux soient stimulés et vigoureusement secoués par les plus fortes batteries pharmaceutiques, parce que telle est la pratique générale des classiques passés et des lumières de votre temps, et qu'il n'est pas possible qu'un petit nombre de physiologistes aient raison contre ces masses imposantes.

Eh bien! nous vous déclarons formellement, et sans crainte de nous compromettre, que si l'on attaque les phlegmasies et les subinflammations des scrofuleux, dès leur début, par les mêmes moyens que l'on oppose à celles des autres sujets, on réussit à s'en rendre maître et à prévenir leur répétition dans divers organes.

N'allez pas, selon votre habitude, messieurs, dénaturer nos assertions, et proclamer à tout venant que nous ne proposons que les sangsues et l'eau de gomme contre les maladies scrofuleuses. Nous vous disons de les combattre comme les autres phlegmasies; c'est-à-dire, non seulement par les saignées locales ou générales, et par le régime antiphlogistique, mais encore par la révulsion, par la contre-stimulation ou stimulation du lieu malade, lorsque l'époque en est arrivée, comme dans toutes les autres phlegmasies de l'extérieur; car les phlegmasies externes ne se traitent pas, dans toute leur durée, comme les internes, et nous l'avons déjà dit depuis bien long-temps. Nous ne prétendons pas que vous persistiez dans le régime et les boissons débilitantes au-delà du terme convenable, pas plus que nous ne l'avons prétendu pour le traitement des irritations non scrofuleuses : nous vous avons dit plusieurs fois que l'indication de fortifier et de nourrir se présente et devient toujours prédominante à une certaine époque dans les irritations communes; nous vous le répétons relativement aux scrofuleuses; mais nous ajoutons qu'il faut savoir la saisir cette indication, et ne la point dépasser autant qu'il est en soi. Stimulez à l'extérieur, dès le début, et aérez les scrofuleux qui n'ont point de fièvre; mais gardez-vous de leur faire prendre des amers et des alkalins; à plus forte raison faut-il éloigner ces drogues de ceux qui ont de la fièvre.

Prenez toutes ces mesures; vous en devez l'essai à l'humanité souffrante, puisque des confrères dignes de foi vous affirment, devant le public, qu'ils se sont bien trouvés de les avoir prises pour la soulager. Prenez-les, et vous acquerrez la conviction que le scrofule n'est pas plus une maladie générale dans son début que toutes les autres; que, pour la bien traiter, il faut, comme dans tous les cas d'irritation organique, parlementer avec la sensibilité, l'irritabilité des tissus, et qu'on réussit fort mal en voulant se substituer aux lois vitales, et en se figurant qu'on va porter directement dans les humeurs les agens de dépuration et d'élimination que l'on suppose nécessaires.

Tout ce que nous venons de dire des scrofules est applicable au *rachitisme* et à toutes les *ostéomalaxies*. C'est une inflammation formée, ou dans le périoste, ou dans les ligamens, ou dans les fibro-cartilages, ou dans le diploé, ou dans la membrane médullaire, etc., qui détermine le départ du phosphate calcaire et donne lieu à toutes les déformations. Ces inflammations dépendent, comme ces scrofuleuses, de ce qu'une nutrition languissante n'a pas assez intimement uni le phosphate calcaire avec la gélatine du tissu osseux et ligamenteux, ce qui a laissé ces tissus trop irritables, trop accessibles aux stimulations venant de l'extérieur ou de l'intérieur. Le froid, une chute, un coup porté, un effort musculaire insolite, suffisent pour déterminer des courbures, des flexions, des torsions, dans les os longs et courts, plats ou cylindriques, durs et compacts, ou poreux et dilatés. Les déplacemens, les luxations, les caries peuvent s'ensuivre dans bien des cas. Voilà pour l'influence des agens extérieurs de stimulation; quant à celle des agens internes, c'est presque toujours à la gastro-entérite qu'il faut remonter pour la trouver. Ces sujets délicats ne sont point en mesure avec les stimulans alimentaires : ils contractent des entérites, et celles-ci réagissent sur le système fibreux et médullaire des os durs comme des os mous, y développent directement la phlogose, ou la rendent plus facile à produire par les violences extérieures.

C'est de cette double source, 1° l'irritabilité anormale des tissus de suppôt et de connexion, 2° la réaction exercée sur eux par les phlegmasies viscérales, et surtout par celles du tube digestif, que découlent toutes les ostéomalaxies du jeune âge. Que l'on juge présentement si les théories humorales peuvent aller à ces maladies, et si le médecin a quelque chose à gagner en perdant de vue l'irritabilité et la sensibilité dans le traitement qu'il se prépare à leur opposer (1).

M. Andral avait essayé de démontrer qu'il existait altération des qualités du sang lorsqu'il y avait altération des sécrétions. Nous avons vu qu'il n'avait point réussi à prouver qu'aucun organe n'avait sécrété, ou qu'on n'avait point introduit par l'injection dans les veines, ou enfin par l'absorption, les humeurs hétérogènes que manifestait l'élimination.

Maintenant il revient sur ce sujet, et établit en principe que, *par suite de la viciation des sécrétions, apparaissent divers états morbides auxquels les qualités du sang contribuent;* puis il cite la jaunisse, qu'il attribue à ce que le foie ne sépare plus du sang, en quantité convenable, des matériaux de la bile, ou à cause d'une altération de texture qu'il

(1) Tous ces faits de physiologie pathologique avaient été prévus et annoncés par nous, à plusieurs reprises, depuis plus de vingt ans : ils viennent d'être confirmés par M. le docteur Duval, élève distingué de la médecine physiologique. (Voyez *Aperçu sur les principales difformités du corps humain*, etc. Paris, 1833.)

aurait éprouvée, parce qu'il ne peut suffire à leur abondance.

Mais ce fait n'est rien moins que prouvé, et notre confrère, qui se montre si difficile sur les preuves des physiologistes, ne devrait pas, ce nous semble, affirmer que le foie n'a point sécrété la matière colorante jaune dans les cas d'ictère; car tout porte à croire le contraire, puisque le foie est l'organe sécréteur de la bile, et qu'il n'existe point d'expérience directe qui prouve que la jaunisse soit survenue après son ablation. Comment n'a-t-il pas avoué que la cause matérielle de l'ictère est un obstacle à l'écoulement de la bile, obstacle qui ne dépend pas toujours de calculs engagés dans les canaux excréteurs, comme le pensait Cullen; mais dans la grande majorité des cas, de l'irritation du duodénum et des canaux susdits, ou de l'irritation du foie lui-même, dans lequel cette humeur est résorbé à mesure qu'il la sécrète?

Des *accidens* non détaillés sont attribués, par l'auteur, à la présence de la bile dans le sang; il en résulte bien quelquefois un malaise et des démangeaisons avec quelques pustules cutanées; mais lorsqu'il attribue, avec Stoll, les fièvres dites bilieuses à ces matériaux retenus qui corrompent le sang, il est encore évident qu'il rentre dans l'hypothèse. En effet, l'expérience prouve que lorsque la jaunisse est bien déclarée, le pouls est plutôt lent que précipité, et que lorsque l'ictère est avec fièvre, il y a des signes de gastro-entérite, ou du moins de duodénite. Quant à l'hépatite, il est assez rare que la jaunisse y soit complète; ce qui tend à prouver que la résorption de la bile correspond plus à l'irritation de l'intestin où ses excréteurs aboutissent, et qui se propage dans leur intérieur, qu'à l'affection de la substance ou du parenchyme hépatique, à moins que celle-ci ne siége à la surface concave de l'organe où convergent ces mêmes excréteurs. D'autre part, si les affections morales causent la jaunisse, on ne saurait nier qu'elles n'agissent sur le système nerveux gastro-duodéno-hépatique, c'est-à-dire sur le point qui reçoit la bile du foie, et sur les excréteurs de ce fluide, plutôt que sur le parenchyme et les granulations sécrétoires. On ne saurait donc tirer de ce fait des inductions en faveur du système de M. Andral, et ce système se réduit à une hypothèse avancée pour faire prévaloir les anciennes opinions de l'humorisme sur les données que fournit l'observation physiologique.

Vous ne combattez pas l'état bilieux encore sans fièvre par les émissions sanguines, dit notre auteur... à quoi nous répondrons : vous êtes mal informé sur notre pratique : l'observation ayant démontré aux physiologistes que la résorption de la bile et la jaunisse correspondent, le plus souvent, à une irritation plus ou moins inflammatoire du duodénum, ils s'empressent d'apposer des sangsues à l'hypocondre droit, après avoir phlébotomisé si des congestions sanguines l'exigent, et tôt après ils voient diminuer ou même cesser entièrement ce malaise que vous attribuez à la présence de la bile dans les humeurs. Ils reviennent, s'il le faut, à la saignée locale; ils prescrivent les adoucissans, le régime et les boissons appropriés aux gastro-entérites, et ils obtiennent des succès prompts et constans lorsqu'il n'existe aucune complication grave. Tels sont les motifs qui les ont mis et qui les maintiennent dans leur opinion; ils ne l'ont point conçue *à priori;* elle leur a été suggérée, d'une part par la longueur des cures ou l'incurabilité de l'ictère sous l'influence des médications purgatives et fondantes, et de l'autre, par les nécroscopies, qui leur ont prouvé jusqu'à l'évidence que la jaunisse se lie le plus souvent aux gastro-duodénites et aux hépatites qui intéressent la partie concave du foie. Ce n'est dont pas *par hypothèse* (t. Ier, p. 562) qu'ils attribuent la jaunisse à l'irritation.

M. Andral dit avoir ouvert une ictérique, dont les organes n'ont offert aucune trace d'irritation, et dont la mort, par conséquent, ne dépendait que de l'infection bilieuse. Dieu nous garde d'accuser ici sa véracité; mais on peut se tromper dans l'appréciation des signes cadavériques de l'irritation, ou être induit en erreur par quelqu'un. M. Andral n'était encore qu'un très habile prosecteur de clinique à l'époque où il recueillit cette observation, et nous permettra d'en appeler à M. Andral devenu praticien, et mûri par l'observation de la vie et par la controverse de ses premières opinions.

Les *graves accidens, provoqués par la ligature des uretères chez les animaux, et par la suppression de l'urine chez l'homme,* ne prouve pas mieux en faveur de la thèse de M. Andral, puisqu'ils n'empêchent pas l'urine d'être sécrétée. Personne ne s'avise de mettre en doute que les produits résorbés d'une sécrétion dépurative sur-animale, comme l'urine, ne soient fort importuns pour l'économie. Toutefois s'il en résulte des *fièvres putrides ataxiques,* avec odeur urineuse, etc., elles ne dépendent pas de la corruption du sang, et ne sont pas des affections générales : elles proviennent des inflammations que ces matières déterminent dans les principaux viscères, particulièrement dans la membrane muqueuse du tube digestif. De même aussi les indications ne se tirent pas de cette prétendue putridité : elles sont fournies par l'irritation, comme le prouvent les expériences faites à Alfort sur des chevaux dans les veines desquels on avait injecté de la sanie putride ou du pus : on les sauvait par d'abondantes saignées; ils périssaient si l'on employait toute autre méthode. Tel est aussi le résultat des observations de M. Fanau de la Cour sur l'inoculation du venin de la vipère. Dans tous ces cas, ainsi que dans les typhus par infection, dans les varioles, dans les rougeoles, l'indication est d'arrêter les inflammations viscérales; si l'on y réussit, on n'a nullement besoin de s'occuper de la dépuration du sang, la nature s'en charge et l'effectue avec d'autant plus de bonheur que l'on dérange moins, par ces stimulans, les mouvemens qu'elle a combinés. Tant il est vrai qu'on peut très bien se passer des théories humorales, même dans la cure des maladies où l'infection des humeurs est le moins contestable.

Le *lait retenu et résorbé chez les femmes en couche,* imprime, suivant M. Andral, une forme spéciale à leurs maladies. Nous lui demanderons, cependant, si c'est le lait ou l'inflammation que l'on combat aujourd'hui dans les métro-péritonites des puerpères, et ce qu'est devenue la vogue du petit lait de Weiss. Quand on aurait trouvé dans le péritoine, dans les œdèmes des membres, ou dans les sueurs, le lait *supprimé par une frayeur,* qu'est-ce que cela pourrait ajouter à ce que nous savons? n'est-ce pas toujours un produit de sécrétion résorbé et déposé ensuite dans les tissus où l'inflammation l'aurait appelé, ou bien éliminé par les excréteurs de la dépuration lorsqu'aucun point intérieur d'irritation ne l'aurait retenu? n'est-ce pas là l'histoire générale de toutes les résorptions, de celle de l'urine et des dépôts qui s'ensuivent, de toutes les injections de fluides irritans dans les voies circulatoires, histoire telle, exactement telle que nous l'avons tracée dans notre *Physiologie appliquée à la pathologie,* dans les *Com-*

mentaires, et dans les *Annales* en plusieurs endroits? N'avons-nous pas formellement exprimé une loi de l'économie qui veut que toute stimulation vive imprimée à l'économie se termine ou par des secousses convulsives, si elle reste bornée au système nerveux, sensitif et moteur, ou par des excrétions soit sanguines, soit humorales, si elle remue les appareils viscéraux et le cœur au point de précipiter, pendant quelque temps, le cours du sang et de produire de la fièvre? Or, ces excrétions seront normales si des molécules hétérogènes n'ont point été introduites dans les humeurs, comme à la suite des accès de fièvres éphémères et des intermittentes simples. Elles se présentent au contraire plus ou moins éloignées de l'état normal, plus ou moins altérées et modifiées, si des molécules étrangères, putrides surtout, ont pénétré directement dans la circulation, ou si l'inflammation a eu le temps de se former.

Puisque la nature a dressé ce plan, ce n'est pas au médecin qu'il appartient de prendre sa place : ce qu'il doit faire, c'est d'observer quels inconvéniens sont attachés à ces mouvemens de révolte éliminatrice : or, ces inconvéniens sont l'excès de spasme qui menace d'épuiser promptement la force nerveuse, et l'inflammation, qui arrive au même résultat avec moins de promptitude, et parfois même avec beaucoup de lenteur.

Ainsi il est du devoir du médecin de rompre le spasme qui suit une vive frayeur, et de combattre l'inflammation qui succède à la résorption d'un poison; et pour cela le solidisme pourrait, dans la rigueur, lui suffire, quoiqu'il lui soit utile de connaître la nature du poison. Mais il est évident qu'il ne peut se servir avec avantage des théories du vieil humorisme, puisque, encore une fois, ceux qui l'ont mis en pratique, n'ayant aucun égard à l'irritabilité et à la sensibilité, qu'ils ne connaissaient pas suffisamment, ne nous ont laissé que des règles dont l'application est nuisible (1).

Pour prouver l'influence de la composition du sang sur celle des divers liquides sécrétés, M. Andral s'appuie des expériences de M. Magendie, *qui a rendu la bile des animaux carnivores semblable à celle des herbivores en modifiant leur nourriture, c'est-à-dire le sang;* il aurait pu ajouter *et les solides;* car on sait que les chairs des animaux prennent la saveur des alimens dont ils se nourrissent. Les grives ont la chair ferme, sèche, amère, et aromatique, lorsqu'elles vivent des baies du genevrier, tandis qu'elles l'ont fort tendre, plus blanche, et d'une saveur plus délicate, lorsqu'elles sont engraissées par le raisin. Les poules et les perdrix, qui ne se nourrissent qu'avec de la chair dans les parages de *Buenos-Ayres* et de *Montevideo*, ont la chair filandreuse et d'une saveur désagréable, fort différente de celle de nos gallinacés domestiques qui vivent de grain. Plusieurs animaux amphibies, qui se tiennent le plus souvent le train de derrière seul plongé dans l'eau, ont le goût de poisson dans leur queue et dans leurs extrémités postérieures, tandis que le devant du corps offre exactement la saveur des animaux terrestres.

Tous ces faits sont bien connus; mais que prouvent-ils en faveur de l'humorisme, puisque, enfin, les solides sont modifiés comme les fluides?

Ils prouvent que la nutrition s'accommode de matériaux très différens, quoique souvent la vie en souffre beaucoup. Ils font voir que le choix d'une nourriture appropriée au rôle que l'animal doit jouer sur la terre, est un article d'hygiène et de thérapeutique fort important, ce que d'ailleurs le scorbut démontre bien mieux encore; mais ils ne prouvent point que le médecin soit autorisé à perdre un seul instant de vue l'action des modificateurs sur les propriétés vitales dans la production et le traitement des maladies, ni qu'il ne soit pas forcé à étudier les rapports sympathiques des organes entre eux pour parvenir à leur diagnostic. Ces faits n'ôtent donc rien à l'importance de la médecine physiologique; ils ne sont point de nature à répandre aucun doute sur la prééminence de cette doctrine, ni, par la même raison, à la faire abandonner aux médecins pour se jeter dans le scepticisme. Elle les connaît, elle les embrasse dans ses bases larges et fécondes; et, bien loin de les craindre, elle s'en est emparée dès qu'elle a commencé d'exister. Elle redoute si peu les faits nouvellement découverts, que la phrénologie, qui a pris tant de consistance, et l'homéopathie qui peut en acquérir beaucoup, sont accueillies par elle comme devant contribuer à ses progrès et assurer son triomphe.

Dans le diabète sucré, que M. Andral invoque, *le sang a fourni à MM. Nicolas et Quenedeville plus de sérosité et moins de fibrine;* et l'auteur en conclut que *la composition du sang influe sur les sécrétions*. Mais certes personne n'en doute, et nous ne pouvons pas supposer que M. Andral nous prête l'intention de le nier : ce serait nous faire trop simples, trop ignorans; ce qui ne ferait pas beaucoup d'honneur à nos opposans. Toutefois il n'en restera pas moins prouvé que ce diabète n'est pas l'effet pur et simple du régime végétal et mucoso-sucré; car tous les hommes qui en font un usage prédominant ou même exclusif, ne deviennent pas diabétiques. Les nègres ne le sont pas dans les colonies lorsqu'ils consomment tant de sucre, si l'on en croit certains voyageurs, et qu'on les voit engraissés par cette nourriture dans le temps du broiement de la canne à sucre. Mais supposons que le fait soit contesté, les paysans de plusieurs provinces de la France, de la Hollande, et de bien d'autres pays, qui ne vivent que de lait, de végétaux, et qui mangent à peine de la viande une fois par semaine, ne deviennent pas diabétiques pour cela. Il faut de force admettre un vice de l'action vitale pour la production du diabète, il faut encore que ce vice ait son siége principal dans les reins, soit que les voies digestives et respiratoires y contribuent, soit qu'elles n'y prennent aucune part. Il en résulte que, si les solides ne sont pas primitivement affectés dans cette maladie, ils le sont concurremment avec les fluides, et qu'il est impossible de prouver la préexistence de l'affection des humeurs. Quant au traitement, il n'est pas encore bien déterminé; les succès du régime azoté, suggéré par les chimistes, sont loin d'être constans et durables; je ne sais même si l'on en possède de bien avérés. Il arrive fort souvent que ce régime répugne à l'irritabilité des voies digestives; car, quoi qu'en disent les humoristes, il y a fréquemment gastrite chez les diabétiques, et la soif, et la rougeur de la langue, et

(1) Hahnemann et ses homœopathes prétendent que les irritations que l'on remarque dans les maladies chroniques sont des efforts impuissans de la nature pour expulser une cause matérielle importune pour les organes, une sorte de poison matériel. Ils croient donc devoir venir à son secours, et ils le font avec des médicamens très actifs, capables de produire des symptômes semblables à ceux qui caractérisent la maladie; mais ils les donnent à des doses infiniment exiguës, à des millionièmes, à des décillionièmes de grain, en écartant d'ailleurs toute excitation hygiénique. Si les succès qu'ils proclament se vérifient et se soutiennent, il restera à déterminer s'ils ne dépendent pas plutôt du défaut d'excitation que d'une excitation spéciale, ou bien si ces médecins ont découvert une loi vitale encore inconnue.

l'ardeur de l'estomac, et la fièvre, ne sont pas le seul effet de la supersécrétion urinaire, comme ils le soutiennent. Il est encore certain que le traitement de la gastrite a réussi dans des cas où celui qu'avait dicté l'humorisme venait d'échouer.

Qu'on ne se hâte donc pas de tirer des conclusions du diabète en faveur de l'humorisme. Il y a encore à découvrir sur cette maladie; mais ce que nous savons suffit pour nous prouver qu'on ne saurait la traiter avec sécurité en se bornant à agir d'après des vues puisées dans les doctrines humorales et dans la chimie.

On peut aller plus loin, ajoute M. Andral, et *attribuer les productions morbides qui remplacent le liquide perspiratoire dans le tissu cellulaire* (*tubercules, squirrhes, encéphaloïdes*), *tantôt à un vice du sang, tantôt à un vice d'action ou de texture locale; mais dans combien de cas ce dernier ne manque-t-il pas? Et alors il faut bien accuser le sang, surtout si des productions identiques se répètent simultanément en divers lieux....*

Oui, on peut faire ces raisonnemens, tirer ces conclusions, si l'on veut se contenter d'une observation superficielle; mais un esprit sévère n'en sera point satisfait; il ne concevra pas, en partant des principes posés par M. Andral lui-même, que les fluides puissent être affectés sans que les solides y participent; il voudra éclairer les cas obscurs par ceux qui sont évidens; il ne pourra se dispenser de s'attacher à ce fait, que la grande cause de ces productions est le *froid;* il n'oubliera jamais que cet agent qui diminue l'action vitale à l'extérieur l'augmente nécessairement à l'intérieur des tissus, et que ces productions sont aussi rares dans les pays chauds qu'elles sont communes dans les pays froids.

Il ne fera pas moins d'attention à cet autre fait, que plus un organe engorgé de fluides blancs souffre d'irritation, et plus l'engorgement fait de progrès. Si on lui dit que le froid *déprave les humeurs en s'opposant aux dépurations*, il répondra que cette dépravation n'est point prouvée par les analyses chimiques du sang, et que, d'ailleurs, elle rendrait les pays froids inhabitables; tandis que l'irritation primitive de l'organe est démontrée dans tous les cas où l'observation a été bien faite; car c'est toujours une contusion ou une suraction prolongée de l'organe affecté que l'on rencontre comme condition préalable des tubercules, des carcinomes et de tous les tissus extraordinaires. Il restera la question *de la prédisposition* à éclaircir, comme nous l'avons fait voir en parlant de M. Gendrin; mais il faut y mettre de la patience et du temps; cela nous paraît plus sage que de se jeter légèrement dans des théories purement humorales, que rien ne justifie et qui ne servent qu'à rendre ceux qui s'y livrent mauvais praticiens.

Quant à la répétition simultanée des altérations dont il s'agit, dans plusieurs lieux différens, elle n'accuse pas plus le vice des fluides que celui des solides, puisque les échanges des uns pour les autres se font simultanément dans toutes les parties du corps, et puisqu'il est bien prouvé, pour tous ceux qui ont observé la marche des irritations, que lorsqu'elles ne sont point détruites dans leur berceau, elles tendent à se propager et se propagent presque toujours par une double voie; l'extension de proche en proche, et les sympathies ou associations synergiques. Celui qui n'a point été frappé de ce fait ne figurera jamais parmi les bons observateurs.

C'est par les *lésions de l'innervation* que M. Andral termine ses généralités sur l'anatomie pathologique. Il ne s'agit point d'une classe de maladies nerveuses, isolées des autres maladies; mais de l'affection des nerfs dans les maladies en général. Ce sujet est intéressant, mais difficile à traiter; car s'il faut s'arrêter dans la recherche des phénomènes nerveux au point où l'induction ne peut plus rien tirer du témoignage de nos sens, il n'importe pas moins d'admettre tout ce qu'ils peuvent nous démontrer. Mais l'auteur se conforme-t-il à cette règle lorsqu'il dit que ce n'est que par hypothèse qu'on peut considérer le système nerveux comme l'instrument de la force vitale. De quelle force vitale veut-il parler? Si c'est de la force vitale en général, elle n'est pas seulement dans le tissu nerveux, elle est chez nous comme chez le zoophyte et chez la plante, dans toutes les molécules vivantes, soit fixes, soit mobiles, tant que la désorganisation et l'extravasation, avec certaines conditions, ne les ont pas isolées de l'ensemble; car il est une foule de circonstances qui viennent à chaque instant priver certaines molécules de la participation avec la vie générale, au sein du mixte organisé et vivant, surtout lorsque la vie approche de son terme.

Veut-il plutôt parler de l'influence innervative? Dans ce cas, il aurait tort de placer ce fait dans l'hypothèse; car il est bien démontré que tout point de l'économie humaine qui cesse pendant quelque temps d'être en communication avec les centres nerveux, cesse aussi de manifester les phénomènes qui nous donnent l'idée de l'état de vie. J'avoue donc que je n'ai nullement compris ce passage.

C'est encore par hypothèse qu'il admet un fluide dans les centres dits nerveux : et en attendant qu'on démontre son identité avec le fluide électrique, il l'appellera *fluide vital*. En cela, il ne fait qu'imiter les polaristes, comme on peut le voir dans le troisième volume de cet ouvrage. Assurément il n'y a ici qu'une hypothèse; mais on peut s'en passer; car elle n'est nécessaire ni pour le signalement des modificateurs qui dérangent nos fonctions et qui les rétablissent, ni pour la vérification des influences des organes les uns sur les autres, c'est-à-dire pour le diagnostic. Aussi M. Andral n'a-t-il point essayé de s'en servir, et je crois qu'il a bien fait. Ce que je blâme, c'est d'avoir mis des faits et des hypothèses sur la même ligne.

Tantôt les lésions de l'innervation sont suivies de lésions appréciables des tissus, et tantôt d'une simple lésion des actes des organes, c'est-à-dire *de leurs fonctions...* Oui sans doute, et c'est là la clef de la médecine physiologique, et c'est là ce qui fait voir aux anatomo-pathologistes que la pathologie ne pourra jamais être fondée sur les altérations de texture. Il est bon que cette remarque soit faite par un anatomo-pathologiste, afin qu'il soit forcé de convenir que l'étude des phénomènes vitaux peut fournir des données pour l'étiologie, le diagnostic et le traitement, qu'on attendrait en vain de la méthode préconisée par Laennec et ses partisans.

De là souvent, continue l'auteur, *identité parfaite des symptômes, les lésions qui deviennent patentes par l'anatomie pathologique étant différentes ou nulles; et par conséquent le peu de rapport entre les symptômes et les organes après la mort.* Ce désaccord n'existe, dans la réalité, que pour les médecins qui ont contracté de bonne heure l'habitude de ne voir dans les symptômes qu'une représentation des altérations organiques du plus haut degré. Quant aux médecins qui s'attachent toujours à ce qui frappe leurs sens, il sont certains qu'un organe souffre primitivement ou secondairement lorsqu'il fournit des symptômes, parce qu'ils se contentent de constater ce qui est. De plus, ils sont assu-

rés de trouver dans les organes d'où sont partis les symptômes des traces suffisantes des lésions innervatives pour soutenir leur conviction, parce qu'ils n'ont point l'habitude de regarder comme inévitables des désordres qui pourraient bien ne pas exister, et qu'ils savent apprécier les nuances légères des altérations organiques. Ce désaccord, sur lequel on gémit, est d'autant moins fréquent dans leur carrière d'observation qu'ils sont bien informés que la mesure des souffrances se trouve dans l'organisation de la substance nerveuse, et non dans les altérations de la texture des instrumens plus grossiers de nos fonctions. Rendons ceci plus clair par un exemple : les hommes sensibles, et dont le cerveau est conformé d'une certaine manière, deviennent hypocondriaques et névropathiques à l'excès pour une légère phlegmasie *chronique* très circonscrite du tube digestif ou du cœur; ceux à sensibilité obtuse et à conformation différente du cerveau, supportent jusqu'à la fin les altérations les plus graves et les plus étendues de ces appareils, non seulement sans être névropathiques, mais quelquefois avec peu de souffrances ou du moins avec des souffrances peu manifestes à l'extérieur. Eh bien! il y a dans ces deux faits de quoi dérouter tous les anatomo-pathologistes purs ou exclusifs, de quoi fournir matière à leurs déclamations sur l'incertitude des signes, sur le vague de notre science, et de quoi leur inspirer les prophéties les plus sinistres sur son avenir.

Ce qui est *fait* pour ces hommes, ce sont de grosses altérations organiques, qu'ils voudraient toujours voir associées à des souffrances vives et diversifiées dans la même proportion. Ce qui est *fait* pour l'observateur physiologiste, c'est tout ce qui frappe ses sens : une petite irritation locale qui produit de grands phénomènes d'innervation, la possibilité de les faire cesser et de les reproduire plusieurs fois avec cette irritation; les circonstances de l'âge, du tempérament, du développement de certaines régions des centres nerveux aux dépens des autres, ou avec quelques unes d'entre elles; ce qui fait beaucoup varier la manière de sentir et celle de se plaindre; la durée de l'action des causes qui ont exalté l'innervation et la répétition de leur action à plusieurs reprises; tout cela, et beaucoup d'autres choses, qu'il est également possible d'observer, sont des faits pour l'observateur physiologiste; et lorsqu'il les a vus, rapprochés, comparés un certain nombre de fois, il ne trouve plus, entre les symptômes et l'état cadavérique, ce désaccord auquel il avait pu croire, s'il avait débuté dans l'étude de la vie par l'observation de la mort, c'est-à-dire par l'anatomie pathologique exclusive.

Ceci explique pourquoi M. Andral, après avoir distingué les lésions de l'innervation de celles de l'organisation des parties, a pu écrire que le médecin retrouvera ces deux grandes divisions en étudiant les maladies des différens appareils; qu'il verra les fonctions digestive, respiratoire, circulatoire, sécrétoire, diversement troublées, sans rien découvrir ensuite dans les organes, et plus souvent encore des troubles d'innervation dont la cause ne sera pas découverte dans les centres nerveux. Par cette sentence, l'auteur jetterait une grande défaveur sur l'anatomie pathologique si elle était vraiment tenue à fournir à la pathologie toutes les données dont cette science a besoin, et si tout ce qui n'est pas sanctionné par elle n'était que vanité et prestige; car la grande majorité des cas morbides retomberait dans le vague des vices d'innervation. Heureusement il n'en est point ainsi dans la réalité : on demande trop à l'anatomie pathologique en exigeant d'elle seule toutes les certitudes. L'observation de la vie vient avant elle, se passe d'elle, le plus souvent pour le bonheur de l'humanité, et supplée, dans tous les cas, à ce qu'elle ne peut donner.

Nous n'irons pas chercher bien loin les preuves de la tendance qu'ont les anatomo-pathologistes à se jeter dans le vague aussitôt qu'ils ne trouvent pas de grandes lésions de structure après la mort. Il est des cas, selon notre auteur, où les lois physiques tendent à reprendre leur cours avant que la vie ait cessé, et il cite l'affaiblissement de la loi qui maintient l'équilibre du calorique, et la putridité qui se développe pendant la durée de la vie... Mais il fallait détailler les faits. Toutes les lésions de l'organe moteur de la circulation, même celles qui sont purement nerveuses, font varier le dégagement de la chaleur vitale; l'auteur est-il bien sûr que les cas dont il s'appuie aient été bien observés et parfaitement exempts de ces lésions? On nous a beaucoup parlé du froid et des chaleurs des femmes hystériques; mais ces femmes ont des innervations vicieuses qui dérangent singulièrement l'action du cœur. Les porteurs de cardites, de péricardites, d'anévrismes, ont des causes suffisantes de froid et de chaud : un cœur malade pousse trop ou ne pousse pas assez loin le sang dans les artères. Nous avons vu une époque, dans l'école de Paris, où l'on nous faisait varier la distribution de la chaleur animale au gré d'un principe d'ataxie que l'on avait lancé vaguement dans tout l'organisme, et qui pourtant n'était qu'une chimère. Les anciens ne nous ont pas laissé manquer de ces putridités spontanées que Pinel vint placer, après Brown, dans l'adynamie pour les maladies aiguës, et dans la langueur du principe vital pour les gangrènes dites *séniles*. Ces illusions vont chaque jour s'évanouissant devant l'observation qui montre la source de l'ataxie dans les irritations primitives ou secondaires des centres nerveux; celle de la putridité fébrile dans d'énormes phlegmasies qui infectent solides et fluides de leurs produits résorbés, et celles des gangrènes dites *séniles* dans des phlegmasies vasculaires. Si M. Andral avait d'autres autorités que celles-là, il devait les faire connaître, et bien spécifier les faits. Dans ces cas graves, l'assertion ne suffit pas. On ne fait pas disparaître, par une sentence, l'exercice régulier des lois vitales pour exténuer la valeur des faits bien observés et rangés d'une manière régulière, d'après leurs affinités, sous prétexte qu'aucun système ne peut être vrai. Il faut refaire les observations mal faites et les changer de place s'il est nécessaire; mais il ne faut pas proscrire tout arrangement systématique des faits, et toutes les inductions qu'on a tirées de ceux qui ont été bien observés.

Notre auteur indique bien les principales causes des variations de l'innervation, qu'il appelle force vitale : certains poisons, venins, miasmes, provenant de la décomposition des mixtes qui ont eu vie, absence d'insolation, humidité trop grande de l'air, variations de l'électricité, etc. Il fallait dire tous les modificateurs de l'économie et tous les états morbides. Mais, comme il lui faut du vague, il signale, d'une manière générale, une foule de causes qui peuvent se former, sans qu'on sache comment ni pourquoi, dans l'organisme. Nous n'approuvons pas ce vague; il ne s'opère point de grands changemens dans l'intérieur du corps qui ne correspondent à des agens extérieurs, soit de près, soit de loin. Si tous ces agens ne sont pas connus, il faut les chercher; mais on ne doit pas se plaire à jeter la confusion dans la science, et le découragement

parmi les médecins, en exagérant le nombre des faits qui échappent à toute recherche, et ne se rattachent en rien avec les faits bien observés et systématiquement disposés.

L'auteur admet trois modes d'altérations de la force vitale, c'est-à-dire de l'innervation ou action du système nerveux : *excitation, abaissement* au-dessous du type normal, *perversion*. Ce dernier mode, dans lequel rentrent naturellement les deux autres, nous semble mal défini, et nous n'y attachons aucune idée, quoique l'auteur le traduise par le mot *ataxie*, voile d'ignorance sur lequel nous avons disserté en tant de passages de nos écrits, qu'il serait inutile ici d'y revenir.

On voit que M. Andral a surtout déclaré la guerre à l'irritation : c'est ce qui nous a forcé à tant nous arrêter sur son ouvrage. Ce nous était un devoir; car si c'est temps perdu que de s'attacher à connaître l'action des agens extérieurs sur le mouvoir et sur le sentir, il faut renoncer à ce genre d'étude, et en chercher un plus utile à l'homme qui souffre, puisque c'est là le but définitif de tous nos travaux. Mais nous croyons avoir démontré, long-temps avant le moment actuel, que notre méthode est préférable à toutes les autres pour obtenir de bons résultats. Notre auteur a lu nos ouvrages; mais ils ne l'ont point amené à notre manière de voir. Il accorde bien quelque chose à l'irritation, mais c'est à condition que toutes les autres explications jouiront des mêmes priviléges. Son scepticisme peut se résumer en fort peu de mots : une altération organique se découvre-t-elle, il vous dit : « Il est certain que l'irritation peut la produire; mais il n'est pas moins vrai que le défaut d'action vitale, aussi bien que le vice des humeurs, peuvent y présider, et que souvent elle se forme sans cause appréciable. »

Tel est le secret de M. Andral : prouver n'est pas son affaire; chercher s'il n'y a pas exclusion de certaines causes par d'autres, si quelques unes ne rentrent pas dans les autres, si plusieurs ne sont pas purement hypothétiques, n'est pas sa tâche; elle grossirait trop son ouvrage. Faire passer rapidement sous les yeux de ses lecteurs le plus de formes d'altérations organiques que faire se pourra, c'est-à-dire multiplier les objets le plus qu'il est possible, et ne jamais manquer, en signalant chaque lésion, de prévenir les spectateurs qu'elle peut avoir toute sorte de causes ou n'en pas avoir d'appréciables, voilà son fait. C'est ainsi qu'il s'est préservé de la réputation d'homme exclusif, et qu'il s'est acquis celle d'éclectique que son amour-propre ambitionnait.

Nous ne nous arrêterons pas plus long-temps sur M. le professeur Andral; nous éviterons surtout de le suivre dans les détails d'anatomie pathologique de son second volume, de peur de nous voir réduit à des répétitions. Notre unique objet était de faire connaître sa doctrine, et la méthode qu'il a employée pour l'exposer, et cela dans le but unique d'avancer vers la solution de la question qui nous occupe : *l'anatomie pathologique peut-elle devenir la base de la pathologie?*

Or, il est évident que le grand ouvrage de M. Andral ne répond point affirmativement à cette question, puisqu'il consacre exclusivement la méthode dont voici le résumé définitif : *Chaque forme d'altération des organes, perceptible après la mort, constitue une maladie; chercher des causes extérieures à ces maladies est de peu d'importance, car toutes ne font qu'agir sur la nutrition qui seule en est la cause évidente; les remèdes de ces maladies se trouvent en cherchant dans toutes les doctrines, et essayant successivement tous ceux qu'elles proposent; car il suffit d'une autorité pour mettre le praticien à l'abri de tout reproche.*

CHAPITRE VII.

APPLICATION DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE MODERNE AUX MALADIES DU CERVEAU, DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET DES NERFS.

Nous ne prétendons pas donner une analyse complète des travaux des anatomo-pathologistes sur le système nerveux. M. Deseymeris s'est acquitté de cette tâche de manière à ne rien laisser à désirer sur ce sujet, aussi bien que sur toutes les acquisitions que l'anatomie pathologique a faites depuis trente ans(1). Nous ne voulons que saisir et présenter à nos lecteurs l'esprit des doctrines qui règnent dans les principaux ouvrages qui ont fait connaître à nos contemporains les altérations organiques du cerveau et de ses dépendances. Depuis l'antiquité, le délire, sous le nom de frénésie, était considéré comme le signe de l'inflammation des méninges. Les Français y ajoutèrent les mouvemens convulsifs des muscles extérieurs, comme on le voit par les thèses de MM. Lavergne-Lacombe, en 1802, et Herpin, en 1803. On proposa aussi de substituer le nom de méningite à celui de frénésie, de même qu'à celui d'arachnoïdite ou d'arachnitis, parce qu'il fut reconnu que le principal siége de l'inflammation, et la cause des troubles intellectuels et musculaires était plutôt dans la pie-mère et à la périphérie du cerveau que dans le tissu propre de l'arachnoïde. On entrevoyait donc la lumière sur ce point, quoiqu'on ne pût encore se faire une juste idée des délires fébriles, dits de fièvres ataxiques, où le cerveau, stimulé par l'inflammation d'un autre organe, et surtout de la muqueuse du tube digestif, manifeste une partie des symptômes de la méningite, sans éprouver une véritable inflammation.

Malgré les travaux de Borsieri en 1781, de Bang, de J. P. Frank, et de quelques autres écrivains plus ou moins renommés, on était loin d'être aussi avancé sur les signes qui correspondent à l'inflammation de la pulpe cérébrale. Comme la méningite intense s'accompagne souvent d'une congestion générale du cerveau, qui se présente, à l'ouverture, très consistant et sablé de gouttelettes sanguines dans sa coupe, cette encéphalite générale était fréquemment confondue avec les méningites, et l'on n'avait point une juste idée des phlegmons du cerveau, qui d'ordinaire découvraient inopinément leurs abcès, sans qu'on eût observé les signes d'une inflammation violente de cet organe avec douleurs atroces, fièvre violente, délire, grincemens de dents, convulsions, etc.; telle, en un mot, qu'on pouvait se la figurer d'après les lois de l'analogie et les traditions des classiques.

On en était à ce point, lorsqu'un élève de M. le docteur Récamier, M. Dan de la Vauterie, fit connaître le résultat des recherches de ce médecin, dans une thèse en date de 1807. Les caractères de l'encéphalite profonde furent réduits à deux : 1°, douleur gravative et pulsative dans une région de la tête; et, pour les cas où les malades ne peuvent s'exprimer par le langage, mouvement instinctif qui porte la main sur la région du crâne correspondante au point d'inflammation; 2°, contraction permanente, quelquefois douloureuse, ou ridigité des membres du côté opposé, avec abolition, ou, pour le moins, difficulté très grande de la faculté de locomotion. Quant à la marche de la maladie, il s'établit plus ou moins vite un état comateux, avec paralysie générale, relâchement complet des membres; et la mort ne tarde guère à survenir avec une respiration stertoreuse.

C'est aux inflammations phlegmoneuses du cerveau, qui sont souvent chroniques, qu'on fit d'abord correspondre ce groupe de symptômes, ainsi que nous venons de le voir. Mais bientôt il y fut établi des coupes et des distinctions. Bayle et M. Cayol en assignèrent une partie à un ramollissement du cerveau, qu'ils rapportèrent à l'état cancéreux; M. Rochoux, en décrivant, en 1812 et 1813, l'hémorrhagie apoplectique qu'il attribuait à un ramollissement du cerveau, défendit de le confondre avec celui de Bayle, qu'il refusa toutefois de rapporter à une altération cancéreuse. Mais ce fut le professeur Lallemand qui, dès sa première lettre, en 1820, rendit cette forme de lésion à son véritable caractère, en la déclarant l'effet d'une inflammation de la pulpe cérébrale. Il était alors auditeur de notre cours de médecine physiologique, qui se faisait depuis l'année 1814, et en même temps élève interne dans les hôpitaux civils de Paris, et témoin de toutes les recherches qu'on y faisait sur les maladies du cerveau. M. Lallemand nous entendait donc rapporter journellement à l'inflammation et aux diverses nuances d'irritation, ou qui en sont indépendantes, ou qu'elle communique aux tissus, soit dans son voisinage, soit à des distances plus ou moins grandes, non seulement les abcès et les ramollissemens, mais encore les indurations, les hémorrhagies diverses, les kystes, les cartilaginifications, ossifications, tubercules, squirrhes, cancers, etc.; le tout sans que nous pussions entrer dans le détail des preuves, parce qu'il aurait fallu les tirer de faits nouveaux qui ne nous étaient pas assez connus, ou qui n'avaient pas encore été recueillis. Nous engagions en conséquence, à chaque séance, les élèves à rechercher et à rassembler les preuves affirmatives ou infirmatives de nos assertions, et à nous dire si définitivement les états de délire, de manie, de démence, de paralysie, d'épilepsie, de catalepsie, de tétanos, étaient autre chose que des formes diverses de l'irritation du cerveau et de ses dépendances, membranes et moelle épinière, dont le terme définitif était l'état comateux, l'apoplexie, l'abolition générale des phénomènes de relation, et la mort. Seul parmi nos auditeurs du temps, M. Lallemand entreprit la solution de ces grandes questions, et le plan large et lumineux de son Traité des maladies encéphaliques, qu'il a publié sous forme de lettres, le distingue entièrement de tous les autres médecins qui ont traité

(1) *Archives générales de médecine*, juin 1829 et suiv.

de ces mêmes affections, à l'exception toutefois de M. le professeur Bouillaud. En effet, ce médecin distingué voulut aussi, dans le cours de ses études médicales, connaître à fond la méthode physiologique. Il l'appliqua, dans la suite, avec beaucoup de succès, aux maladies du cœur, et s'en servit avec non moins d'avantage en 1825, pour comparer et juger les écrits qui avaient paru sur l'encéphalite. Son travail est beaucoup moins étendu que celui de M. Lallemand; mais la doctrine en est saine, irréprochable, et franchement physiologique.

Tels sont les deux médecins qui ont embrassé en grand l'anatomie pathologique du cerveau en France, et qui se sont exercés à rattacher les maladies organiques de l'encéphale à l'irritation et à ses nuances diverses. Nous ferons connaître plus tard les principales vérités que leurs importans travaux ont consacrées. Les autres écrivains, qui ont traité le même sujet, n'étaient point ou n'étaient qu'imparfaitement au courant des idées physiologiques; aussi ont-ils divisé et morcelé leur sujet, affectant d'adopter, et s'efforçant d'établir autant de maladies qu'ils rencontraient de formes diverses dans les altérations organiques de l'encéphale et de ses membranes.

Nous traiterons séparément de ce qui a été fait sur l'anatomie pathologique de la moelle épinière; mais nous allons d'abord nous occuper du cerveau, et jeter un coup d'œil critique sur les travaux étrangers à l'école physiologique, en nous bornant à ceux qui contiennent, de la manière la plus positive, la plus explicite, les élémens de la doctrine anatomico-pathologique du temps, dont nous avons déjà étudié les dogmes dans leur application aux maladies de la poitrine et du bas-ventre.

Travaux de M. Rochoux sur l'anatomie pathologique du cerveau.

M. Rochoux s'est particulièrement attaché à l'apoplexie cérébrale : profitant des idées de Fr. Hoffmann qui la considérait comme une hémorrhagie du cerveau, et des recherches de Morgagni, qui avait décrit les épanchemens sanguins qui s'opèrent dans la pulpe cérébrale, les caillots qui leur succèdent, et les cavernes qui en résultent, il chercha dans ces lésions les caractères propres de l'apoplexie.

Jean Rivière (thèse soutenue en 1811 à Paris), que personne n'avait cité avant M. le docteur Dezeymeris, l'avait pourtant précédé dans cette manière de voir : invasion brusque, marquée par l'abolition des rapports intellectuels et la résolution des muscles de l'un des deux côtés du corps; pouls fréquent ou rare, petit ou grand, fort ou faible, dur ou mou; respiration stertoreuse ou peu gênée, ou même naturelle; visage rouge ou pâle, verdâtre ou violet, jaune ou livide; pupilles contractées, le plus souvent mobiles, le tout par l'effet subit d'un épanchement de sang qui vient de se faire à l'extérieur du cerveau ou dans sa propre substance, et qui résulte de la déchirure des vaisseaux, avec altération plus ou moins profonde de la pulpe cérébrale.

Ici paraît un groupe de symptômes où toutes les lésions fonctionnelles sont mises sur la même ligne et rapportées indifféremment à l'altération organique que l'auteur a choisie pour le sujet de son travail. C'est la méthode suivie avant les réformes de la médecine physiologique. M. Rochoux sentit cette imperfection, et s'efforça d'y remédier. Cet auteur a porté depuis un grand perfectionnement dans l'allocation des signes de l'apoplexie, par les trois publicaitons qu'il a successivement faites sur cette affection, d'abord dans sa thèse en 1812, ensuite dans un ouvrage *ex professo* sur le même sujet en 1813, et enfin dans une seconde édition du même ouvrage en cette année 1833. M. Rochoux définit l'apoplexie une *hémorrhagie par une rupture, suite d'une altération du tissu propre de l'encéphale*, et cette rupture peut se faire soit dans la substance, soit dans les ventricules, soit à la périphérie du cerveau, du cervelet ou de la protubérance annulaire.

Il donne pour symptômes caractéristiques à cette rupture avec hémorrhagie, *un trouble subit du sentiment*, depuis la stupeur ou le simple étonnement, jusqu'à l'état comateux. Lorsque la perte du sentiment n'est pas complète, la stupeur est accompagnée ou suivie, dans quelques cas, d'éblouissemens, tournoiemens, sentimens de déchirures ou d'éclat dans la tête, de lourdeur, ou sentiment confusément douloureux du côté opposé à la paralysie, dans un point où le malade porte automatiquement (instinctivement) la main. La *paralysie*, également *subite*, arrive du côté opposé à l'affection cérébrale : elle peut exister à différens degrés, depuis la perte d'un sens, l'impossibilité de la parole, de la déglutition, la torsion de la face, jusqu'à la résolution complète de tous les muscles d'un côté du corps, qui constitue l'*hémiplégie*. La paralysie est générale dans quelques cas dès le début, par exemple dans les hémorrhagies centrales de la protubérance annulaire, et dans un tiers à peu près de celles du cervelet; dans tous les autres cas, la paralysie ne devient générale que par les progrès de la maladie, ce qui parfois peut s'effectuer en fort peu de temps.

Tous les autres symptômes, comme tous les autres désordres cadavériques, sont variables, et par la même raison nullement caractéristiques de la *maladie*. Mais nous avons encore à tenir compte de la marche de cette maladie.

L'épanchement, d'abord arrêté par les déplétions sanguines, et par les autres moyens que l'art lui oppose, peut se renouveler dans l'espace de quelques heures à quelques jours; alors les malades succombent dans l'état comateux avec une résolution générale des muscles.

Ils peuvent se rétablir, et dans ce cas ils restent affectés d'une hémiplégie qui diminue peu à peu ou reste stationnaire. La stupeur est toujours plus ou moins lente à se dissiper, et quelquefois les facultés intellectuelles sont affaiblies. Les affectives le sont aussi, car les paralytiques s'attendrissent et pleurent facilement. L'énergie morale est toujours très diminuée. Toutefois, avant l'âge de quarante ans la guérison peut être complète; et toujours dans les cas d'hémiplégie, les membres inférieurs recouvrent leurs mouvemens avant les supérieurs, dont la guérison bien complète est même assez rare.

Dans les cas de mort prompte, on trouve des caillots dans la substance cérébrale; ils sont situés, le plus souvent, dans les corps striés, dans les couches optiques ou dans le pourtour de ces deux renflemens; beaucoup plus rarement dans une autre région de la pulpe cérébrale, ou dans le cervelet et la protubérance annulaire; plus rarement encore à la périphérie de l'encéphale. Les parois des cavités hémorrhagiques peuvent se rompre dans les ventricules ou à la périphérie, ce qui donne de vastes épanchemens, ordinairement mortels en fort peu de temps, avec une résolution générale et une abolition complète de tous les phénomènes de rapport.

Lorsque la guérison s'opère, le sang épanché se coagule et le coagulum se rétrécit avec la cavité qui le contient. Il s'entoure d'une membrane que M. Rochoux considère comme une petite séreuse,

et qui sans doute contribue à la résorption. La résorption complète, ce qui ne demande que deux ou trois mois, la cavité reste toujours un peu béante : elle contient ou non un liquide dont la consistance varie ; elle est libre ou traversée par des brides cellulaires plus ou moins multipliées.

Si plusieurs attaques ont eu lieu, on voit autant de cavernes à différens degrés de vétusté qu'il a existé d'attaques; de sorte qu'on peut toujours compter sur le cadavre le nombre des attaques que le sujet a essuyées pendant sa vie.

Les parois des cavernes ou des cavités apoplectiques doivent maintenant nous occuper. La substance en est toujours jaune et ramollie dans la profondeur de quelques lignes, soit dans l'épaisseur, soit à la périphérie de l'encéphale; en cas de mort non retardée, il y a, même fort souvent, à l'extérieur de ce ramollissement jaune, une couche plus ou moins épaisse de substance cérébrale, qui est ponctuée de taches rouges ou brunâtres, de la grosseur d'une tête de petite épingle. Ces sablures sont autant de petits épanchemens de sang.

En cas de guérison, ces ponctuations disparaissent, et la couche jaune qui tapisse les cavernes se durcit en se revêtant de la membrane à forme séreuse; mais elle reste comme un peu dense, et n'a jamais la belle couleur du cerveau sain qui l'environne.

Voilà pour les cas les plus favorables ; M. Rochoux n'admet pas que les cavités puissent entièrement s'oblitérer, ni que leur fausse membrane puisse se rapprocher, adhérer par ses parois et se réduire à un corps fibreux ou fibro-cartilagineux au milieu de la substance pulpeuse de l'encéphale, plus ou moins dure et plissée dans son pourtour. C'est en ce point qu'il diffère de M. Riobé, dont l'opinion est pourtant appuyée de celle du professeur Lallemand.

Voici maintenant les accidens qui peuvent survenir pendant ce travail, et constituer des complications ordinairement mortelles au bout d'un temps plus ou moins long.

1° *Le ramollissement de la substance cérébrale* : il s'effectue dans le pourtour des cavernes ou dans une portion plus ou moins étendue du lobe; 2°, l'*épanchement de sérosité dans les ventricules, et même à la périphérie du cerveau.* Nous disons du cerveau, car d'ordinaire les apoplexies cérébelleuses sont promptement mortelles, et l'on n'a pas eu le loisir de bien observer quelles altérations organiques consécutives leurs cavernes peuvent entrainer. Ce sont ces deux altérations, soit isolées, soit réunies, qui amènent successivement les sujets qui ont eu des attaques d'apoplexie, à la démence et à la paralysie générale; mais le ramollissement, quand il est seul et partiel, ce qui arrive d'ordinaire dans le pourtour des cavernes, se comporte souvent comme celui que M. Lallemand a si bien décrit, et sur lequel M. Rostan a fait un traité spécial.

Indépendamment des deux suites ordinaires et pour ainsi dire obligées de l'apoplexie chez les vieillards décrépits, beaucoup de complications cérébrales sont mentionnées et décrites avec leurs symptômes par M. Rochoux; mais comme elles ne sont point particulièrement liées aux hémorrhagies de la pulpe, et qu'elles sont possibles dans toutes autres circonstances, elles n'ont garde de faire partie de la marche des apoplexies. Il s'agit des tumeurs, telles qu'indurations diverses, encéphaloïdes, hydatides, tubercules, tumeurs vasculaires sanguines, abcès, etc., qui peuvent se former dans le cerveau ou dans ses ventricules, et des inflammations, indurations, épanchemens de sang, caillots et autres altérations qui sont possibles dans les membranes et à la périphérie de l'encéphale.

Tout cela est soigneusement distingué de la forme hémorrhagique qui vient d'être décrite, et l'on n'en parle que pour établir le diagnostic différentiel de cette altération organique qui constitue la *maladie* de l'ouvrage. L'auteur prend même la précaution de comparer son apoplexie avec plusieurs maladies dont le siége n'est pas dans le cerveau ; ce sont les paralysies de la face par l'affection des nerfs, l'hystérie, l'asphyxie, le catarrhe suffocant, la fièvre pernicieuse apoplectique et la syncope. Mais nous ne leur trouvons pas assez de rapport avec l'apoplexie de M. Rochoux, pour nous croire obligé de nous y arrêter. Nous nous bornerons donc à consigner ici nos réflexions sur la distinction établie par cet auteur entre les hémorrhagies dont nous venons de donner la description d'après lui, et les autres altérations de l'encéphale, qui leur ressemblent par les symptômes et qui peuvent se confondre avec elles jusqu'au moment de l'ouverture des cadavres.

Le caractère essentiel de son apoplexie est de se prononcer subitement par la diminution ou la perte du sentiment, avec une paralysie plus ou moins étendue, et de ne pouvoir ensuite se guérir qu'avec lenteur.

Il ne tient compte des prodromes, tels que vertiges, éblouissemens, engourdissemens sans siége fixe, céphalalgies, somnolence, pesanteur de tête et du corps, embarras des idées, tendance insolite au sommeil, etc., attendu que tout cela est commun à plusieurs autres modes d'altération de l'encéphale, et ne témoigne autre chose que l'existence d'une congestion sanguine de cet appareil. S'il survient un état soporeux, profond, permanent, avec résolution générale des muscles, il le met en dehors de sa maladie, sous le titre de *coup de sang*, et le donne pour être d'une tout autre nature que l'apoplexie. Il fait commencer sa maladie, je le répète, au moment où paraît la paralysie partielle, prétendant qu'elle signale toujours la rupture de la pulpe encéphalique et l'épanchement. Le degré de la lésion du sentiment lui est indifférent; il peut être fort léger, et se borner à l'étonnement et à une légère difficulté des opérations intellectuelles; mais il ne doit jamais manquer. Une fois la substance cérébrale résolue dans sa continuité et comprimée par du sang extravasé, il est clair qu'il faut du temps pour la guérison d'un pareil désordre; et voilà le second caractère justifié, la lenteur du rétablissement des paralysies, tandis que la stupeur peut se dissiper en peu de temps, quoiqu'elle soit nécessairement plus lente à disparaître que celle qui accompagne toute autre altération, soit primitive, soit secondaire, de l'encéphale. M. Rochoux dit être le premier qui ait fait cette importante remarque.

Il résulte de cet aperçu que l'apoplexie de M. Rochoux ne peut être diagnostiquée au premier aspect, et qu'il faut l'avoir vue marcher pendant quelque temps pour en avoir réuni tous les caractères.

Voici le moment de la comparer avec le ramollissement de M. Rostan.

Ce ramollissement peut être précédé des signes de la congestion cérébrale ; mais l'auteur, à l'imitation de M. Rochoux, les met aussi de côté, comme étant communs à beaucoup d'autres maladies de l'encéphale. Il fait commencer ses prodromes au moment où apparaissent des engourdissemens ou des raideurs, avec ou sans douleur, dans quelques

muscles, et la maladie débute pour lui au moment où ces muscles tombent dans un état de paralysie.

La paralysie du ramollissement, une fois formée, ne tend point à la guérison, comme celle de l'hémorrhagie par rupture de la substance cérébrale; au contraire, elle s'accroît : la stupeur, si elle n'avait pas déjà commencé, se déclare; elle dégénère en somnolence, en coma, et le malade succombe en peu de jours dans une résolution générale, quoi qu'on fasse pour dissiper la congestion du cerveau, au lieu de marcher plus ou moins lentement vers la guérison, comme il arrive dans les apoplexies qui n'ont pas été foudroyantes.

Malheureusement pour la netteté du diagnostic de ces deux auteurs, il est des cas cités par M. Rostan où la paralysie vient tout-à-coup par ramollissement, sans avoir été précédée de symptômes convulsifs; et d'autres se présentent dans l'ouvrage de M. Rochoux, où l'hémorrhagie par rupture de la pulpe cérébrale s'est accompagnée de raideur et de mouvemens convulsifs interrompant les paralysies, attendu l'irritation que le sang fait éprouver à la déchirure.

La principale différence entre ces deux maladies se tire donc définitivement de la marche, puisque les épanchemens sanguins guérissent, et que les ramollissemens ne guérissent pas.

Très bien. Mais il est possible que l'hémorrhagie survienne dans le ramollissement de M. Rostan, comme il l'est que ce ramollissement se forme dans le pourtour, ou plus ou moins loin, des hémorrhagies de M. Rochoux.

Dans ce cas, la marche des symptômes cesse d'être caractéristique de l'affection primitive, et le jour ne peut plus luire qu'au moment de l'ouverture cadavérique.

M. Rochoux soutient que son ramollissement jaune, qu'il regarde comme préparateur et cause unique de l'hémorrhagie, est d'une autre nature que le ramollissement grisâtre, jaunâtre, rougeâtre, verdâtre ou purement blanc, et même perlé de M. Rostan; et il se fonde sur ce que le sien donne des épanchemens de sang, tandis que celui de M. Rostan n'en donne pas, et sur ce que le sien guérit, pendant que celui de M. Rostan ne guérit pas. Voilà qui est à merveille pour les cas où les choses vont comme il le dit; mais pour ceux où la marche est toute contraire et telle que nous venons de la représenter, la différence de nature disparait, et les deux ramollissemens sont bien près de se confondre.

Le ramollissement non précurseur des hémorrhagies a coutume de se faire, au bout d'un certain temps, dans le pourtour des sacs à vieilles hémorrhagies, à caillots, et dans celui des cavités sans caillots, comme dans le voisinage des squirrhes, des tubercules, des tumeurs sanguines et autres, qui peuvent s'être formés dans la substance de l'encéphale. Il en est de même du ramollissement qu'on regarde comme naturellement hémorrhagifique. N'est-il pas bien singulier que ces deux natures différentes se montrent dans des circonstances si parfaitement identiques; et ne pourrait-on pas résoudre la difficulté en s'en rapportant à M. Lallemand, qui nous apprend que, lorsque les ramollissemens ne sont pas arrivés au degré de la collection purulente, il s'y trouve toujours du sang épanché en masses plus ou moins petites ou plus ou moins grosses, de telle sorte qu'un épanchement sanguin considérable peut s'y former, si quelque stimulation subite vient à y pousser le sang avec une violence extraordinaire? Mais il s'agit de noter ces circonstances, et M. Lallemand l'a fait, dans sa critique des mauvais traitemens, avec une sagacité qui devrait servir de modèle. En bon physiologiste, il a tenu compte de l'influence des modificateurs venus du dehors, non seulement sur la marche des symptômes, mais aussi sur les altérations, au moment où elles se formaient; et c'est l'unique moyen de ne pas prendre les nuances diverses d'une altération pour autant d'altérations différentes.

M. Rochoux a beau jeu lorsqu'il prend les exemples de ses ramollissemens jaunes, purement hémorrhagifiques, dans les cas qui se sont terminés par la résorption, c'est-à-dire chez des sujets jeunes ou du moins non usés et encore robustes. La maladie est claire dans ces cas-là. Mais en est-il de même lorsque M. Rostan, M. Lallemand et M. Rochoux lui-même nous citent des cas où le ramollissement et l'hémorrhagie étaient à peu près simultanés, de manière qu'on ne voyait qu'une bouillie, autant sanguine que purulente? Ces auteurs nous rapportent aussi des exemples où l'épanchement consécutif s'est hâté de paraitre à la suite des attaques d'apoplexie, où une grande partie d'un lobe y a participé, et où l'inondation séreuse des ventricules et de la périphérie s'y est ajoutée dans l'espace de quelques semaines. Qui nous prouve que dans ces cas, qu'on a trouvés chez des sujets vieux et faibles, ou épuisés par des maladies antécédentes; dans ces cas, où les parois de la cavité n'ont point déployé cette force contractile nécessaire à la compression du caillot et à sa résorption, où elles se sont présentées ramollies au lieu d'être dures, élastiques, suppurantes et mollasses, offrant en même temps des collections de sang et de pus, au lieu d'être simplement sablées de points rouges; eh bien! dans ces cas-là, qui nous prouve que le ramollissement qui a fourni l'hémorrhagie n'ait pas été primitivement un ramollissement suppuratoire, de la nature de ceux de MM. Lallemand et Rostan? Voilà pour les distinctions de nature tirées de l'état des parois des cavités apoplectiques. Voyons présentement ce qu'il faut penser des distinctions puisées dans les symptômes avant la mort.

M. Rochoux reconnait qu'il y a des cas où le diagnostic de son apoplexie est difficile, et peut même devenir impossible.

Il cite comme difficiles et incertaines ce qu'il nomme *des apoplexies troublées dans leur marche, et des maladies simulant l'apoplexie par troubles survenus dans leur marche.*

Ce sont tout simplement des altérations organiques de l'encéphale, par suite de l'irritation chronique de la pulpe ou des méninges, auxquelles s'ajoute l'épanchement, dont l'apparition ne peut être remarquée. Ces maladies sont primitivement cérébrales, ou le cerveau n'est affecté qu'à la suite d'une autre affection, comme une pneumonie, une phthisie pulmonaire, une fièvre continue quelconque (une gastro-entérite), et autres *essentialités* de M. Rochoux. Mais ces circonstances ne changent rien à la nature de l'affection cérébrale proprement dite; elle est toujours ce que nous venons d'annoncer. En effet, si l'on examine bien les faits relatés ou indiqués par l'auteur, on reconnait que l'épanchement par déchirure peut s'effectuer dans un lobe enveloppé déjà depuis long-temps par une méningite, avec ou sans épanchement; dans les environs d'une méningite centrale des ventricules; dans le pourtour des tumeurs, de quelque nature qu'elles soient, et par cause interne ou externe; enfin dans le centre même des ramollissemens que ces tumeurs ou les affections des méninges ont pu produire en un point quelconque de l'appareil encéphalique.

M. Rochoux connaît donc bien ces cas; mais il se contente de dire, afin de ne pas trop nuire aux caractères spécifiques de son ramollissement jaune, qu'on voit rarement les hémorrhagies apoplectiques dans les affections chroniques du cerveau.

Plus nous allons, plus nous voyons s'affaiblir les caractères extérieurs de l'apoplexie de M. Rochoux; ils vont se ternir bien davantage dans la section que voici. Il s'agit des cas où *le diagnostic est impossible*, attendu que *les maladies ressemblent parfaitement à l'apoplexie*. L'auteur en cite assez pour ne rien laisser à désirer sur ce point; mais, en homme qui compte sur la puissance des mots, il a soin de les nommer *maladies* qui *simulent* l'apoplexie.

A la tête de ces perfides simulatrices figure *le ramollissement non précédé de prodromes*, dont nous avons déjà parlé, en faisant remarquer qu'il trompait également M. Rostan, lorsqu'il était suivi de mort subite. Nous avons vu en même temps que, lors même que ce ramollissement aurait avec lui quelques fourmillemens ou tiraillemens convulsifs, les deux auteurs ne seraient pas à l'abri de toute anxiété sur le diagnostic, attendu que le contact du sang épanché sur les fibres rompues peut aussi bien les provoquer que la simple solution du ramollissement; ce qui se conçoit très bien, puisque enfin, dans l'un comme dans l'autre cas, les fibres de la pulpe nerveuse, préalablement devenues surirritables par un *travail* local (pour ne pas dire une irritation, de peur d'offenser personne), sont déchirées, et en contact avec des corps étrangers.

En second ordre se trouvent, parmi les simulatrices de l'apoplexie, les *hémorrhagies par altération des vaisseaux*, sans ramollissement ni rupture de la substance encéphalique. Il s'agit ici, non plus des capillaires disséminés dans cette substance, mais des branches artérielles de l'encéphale : ce sont les artères basilaires qui en ont offert les exemples les plus fréquens. Il suffit, en effet, pour que la ressemblance soit complète, que ces hémorrhagies se fassent subitement d'un seul côté, ou d'un côté plus que de l'autre, afin que l'hémiplégie soit bien marquée au moment de l'attaque. Il peut se présenter encore ici des convulsions par le contact du sang sur la surface de l'arachnoïde; mais ce que nous venons de dire tout à l'heure démontre que cet accident ne saurait faire disparaître l'équivoque.

Les exhalations subites de sang dans les ventricules, ou même, quoique plus rarement, au pourtour du cerveau, ne sont pas moins trompeuses et moins funestes à l'entité de M. Rochoux. Supposez seulement que, comme dans les épanchemens par rupture des gros vaisseaux, l'hémorrhagie prédomine d'un côté, vous voilà tout-à-coup en face d'une hémiplégie sans prodrome convulsif, avec perte complète ou non de la connaissance, avec ou sans mouvemens convulsifs ou rigidité de quelques muscles, et vous pourrez très bien prendre le change et pronostiquer une caverne hémorrhagique que la nécroscopie ne viendra pas justifier.

M. Rochoux essaie ici un petit tour de force pour sauver son entité du coup que lui portent ces espèces d'hémorrhagies : on a cité des exemples d'hémorrhagies ventriculaires où la connaissance s'était conservée, du moins pendant quelque temps. A ce propos, notre auteur assure qu'il est impossible qu'elle reste intacte dans les hémorrhagies par rupture de la substance encéphalique. Cette assertion est évidemment trop hardie; nous avons vu plusieurs fois se former des paralysies d'un côté du corps sans perte de connaissance, et les guérisons, et les récidives, et les ouvertures nous ont montré qu'elles dépendaient de l'hémorrhagie intra-pulpeuse. Lorsque l'épanchement est léger, il ne dérange pas, pour l'instant, les phénomènes intellectuels de relation.

Quoique M. Rochoux n'ait pu trouver dans les symptômes de caractères fixes et constans pour son entité morbide, il la maintient toujours, et lui en cherche de nouveaux dans le *siége de l'apoplexie*. Un homme de sens et de raison, dont le jugement n'aurait pas été faussé par l'ontologie des anatomo-pathologistes purs, répondrait par ces observations dont il vient d'être donné connaissance, et dirait : « Rien de plus simple; puisque vous voulez de l'hémiplégie pour donner un sens spécial au mot apoplexie, le siége sera dans toutes les régions de chacune des deux moitiés de l'encéphale où il peut se faire tout-à-coup *une effusion sanguine*, soit par rupture de pulpe ou de vaisseaux, soit par exhalation, et dans toutes celles où une solution de continuité pourra s'opérer dans la pulpe *sans hémorrhagie*, mais de manière à interrompre l'influence de l'encéphale sur un ou plusieurs sens ou muscles de l'une des deux moitiés du corps. »

Répondre ainsi, ce serait raisonner juste; mais raisonne-t-on juste lorsqu'on est créateur d'une entité morbide puisée dans plusieurs années de lectures et d'autopsies cadavériques, et lorsqu'il s'agit de la soutenir envers et contre tous? Je ne sais si quelqu'un de nos créateurs de maladies peut offrir un exemple de cette justesse que nous désirons; mais à coup sûr ce ne sera pas M. Rochoux. Il élude ici la question de manière à donner le change à tous les inattentifs, sorte de ruse extrêmement usitée de nos jours : il calcule, et nous apprenons par plusieurs tableaux statistiques, d'ailleurs fort intéressans, qu'il nous communique, que sur trois cent quatre-vingt-six cas d'hémorrhagie par rupture de la substance nerveuse dans l'axe cérébro-spinal, deux cent deux ont eu leur siége, soit dans les corps striés et les couches optiques, soit dans les intervalles ou le pourtour de ces renflemens. Je note aussi que sur ce total de trois cent quatre-vingt-six on ne trouve que seize cas affectant les lobes latéraux du cervelet, et dix le mésocéphale.

Tous ces calculs font bien voir quelle est l'organisation de notre pulpe nerveuse, qui la rend le plus propre à éprouver des ruptures hémorrhagifiques; mais ils ne prouvent point que le groupe de symptômes qui résulte de ces ruptures ne puisse être confondu avec celui que produisent les autres modes de lésion que nous résumions tout à l'heure. Ces calculs ne rétablissent donc point l'entité de M. Rochoux.

Cet auteur, toutefois, veut tirer parti de l'organisation dont il s'agit pour corroborer cette entité. Voici ce qu'il va faire; il nous dira (p. 383) : « Jusqu'à présent on n'a peut-être pas observé d'apoplexie dans les parties centrales du cerveau, qui cependant sont assez souvent le siége du ramollissement inflammatoire; d'où il suit que, si la disposition très grande que, d'après la remarque de M. Lallemand, les corps striés montrent à être affectés de ce ramollissement, semble les rapprocher de celui qui détermine les hémorrhagies, il n'est plus permis d'admettre l'identité de nature de ces deux affections, en voyant les parties blanches centrales du cerveau n'être, on peut le dire, jamais affectées d'hémorrhagies. » Heureusement pour les lecteurs qui veulent comprendre, l'auteur résume cette phrase entortillée en disant que deux affections, dont l'une respecte *presque* toujours certains organes, et l'autre les atteint très fréquemment,

ne peuvent être de même nature, et cette réflexion doit appuyer beaucoup, selon lui, la distinction qu'il a établie entre le ramollissement inflammatoire et le ramollissement hémorrhagipare.

Appelons-en aux lecteurs qui ne sont pas nés pour les illusions de l'ontologie, et demandons-leur ce que c'est qu'une hémorrhagie *qui attaque*. Avec un pareil langage on traînerait encore la science à reculons jusqu'à la replonger dans le bourbier le plus immonde. Qui m'empêcherait de dire, en suivant cette méthode, des trivialités telles que celles-ci : l'hémorrhagie n'*attaque* pas les os ni les tendons; elle *préfère* les membranes muqueuse ou les poumons; le phlegmon n'attaque pas les cartilages ni les tissus fibro-cartilagineux; l'hystérie n'attaque pas les hommes; le paraphimosis ne s'adresse pas aux femmes, etc., etc., ce qui équivaudrait à dire, les aveugles ne voient pas, les sourds n'entendent pas, etc.

Si au lieu de parler ce langage, M. Rochoux nous eût dit : il paraît démontré, par de nombreuses observations, que les vaisseaux sanguins se développent rarement dans la pulpe blanche des centres nerveux, au point de se prêter à une effusion sanguine considérable, quoique l'inflammation y soit possible au point d'amener le ramollissement et les collections purulentes, il aurait été entendu de tout le monde, et n'aurait pas été amené à poser des *différences de nature* entre les ramollissemens qui sont avec hémorrhagies, et ceux qui existent sans cela. Il n'aurait donc pas eu dans son ouvrage, sous beaucoup d'autres rapports fort intéressant, l'énigme d'*une maladie qui attaque rarement*, quoiqu'il soit possible qu'elle attaque quelquefois une partie qu'une autre maladie attaque plus fréquemment, quoiqu'elle puisse aussi s'y montrer rare, et l'une et l'autre, à raison *de leurs différences de nature*.

L'auteur se sert à peu près de la même méthode pour se donner le plaisir de lancer un trait contre deux hommes supérieurs. Il a remarqué, aussi bien qu'un sien ami, que dans les plaies qui intéressent la substance du cerveau, l'inflammation n'arrivait pas jusqu'au rouge foncé, mais qu'elle se bornait à produire des ponctuations rouges ou brunâtres fort petites, tandis que la présence des globules purulens ne permettait pas de douter de l'état vraiment inflammatoire de la partie. Il part aussitôt de là pour faire remarquer que ces observations ne sont nullement d'accord avec celles de MM. Lallemand et Bouillaud, qui ont fait débuter les ramollissemens du cerveau par le contour rouge, comme autant de phlegmons, pour de là passer au gris jaunâtre, etc. Mais cette réflexion est bien loin d'être à propos; car MM. Lallemand et Bouillaud ont décrit ce qu'ils ont vu; ils ont dit cela surtout des encéphalites des régions où la substance grise est assez abondante pour fournir beaucoup de sang, et ils ont très bien noté que l'absence de toute rougeur dans les ramollissemens des régions où la substance grise n'existe pas, n'infirmait point leur nature inflammatoire. D'ailleurs n'est-il pas possible qu'un molimen inflammatoire, qui date toujours de loin lorsque apparaissent les signes du ramollissement, accumule plus de sang dans la substance cérébrale que les phlegmasies traumatiques?

Dire que le cerveau ne rougit point pour s'enflammer, si ce n'est à l'intérieur des foyers apoplectiques de cicatrisation ou des kystes de certain abcès qui se sont formés dans l'intérieur de la substance cérébrale par le développement des bourgeons charnus; ajouter, pour mettre le comble à la singularité, et mieux dérouter ses lecteurs, que cependant la substance cérébrale s'injecte fortement de sang dans les fièvres typhoïdes, d'après le rapport de M. Louis, maladies de nature toute opposée à l'inflammation, c'est se montrer impropre à l'appréciation des faits et à toute déduction capable d'éclairer la marche de la science.

M. Rochoux fait plus que viser à la singularité et au désappointement de ses lecteurs; il s'érige en censeur de son siècle et en prophète de honte et de regrets, pour une classe nombreuse de savans, parmi lesquels figurent des collègues très respectables. C'est à cette heure, après les beaux travaux de Spurzheim, et lorsque les sociétés phrénologiques se multiplient dans les principales villes de l'Ancien et du Nouveau-Monde, que M. Rochoux ose écrire que le système de Gall est faux, et qu'il est la plus *singulière mystification qu'ait éprouvée le monde savant depuis celle du mesmérisme.* Si M. Rochoux eût tenu à connaître la science qu'il voulait juger, et s'il eût tant soit peu craint de se compromettre, il eût commencé par suivre, pendant quelques mois, les séances d'une société phrénologique, et je veux croire qu'il eût été plus circonspect et plus décent dans son langage.

Au surplus, le jugement de M. Rochoux sur la méthode physiologique vaut bien celui qu'il a porté sur la phrénologie. L'un et l'autre ont la même cause, et nos lecteurs la découvriront sans peine en rapprochant tout ce que nous avons dit de ce médecin.

En recherchant *les causes de l'apoplexie*, M. Rochoux commence par déclarer que les médecins de nos jours ont négligé les autres branches de la médecine, pour ne se livrer qu'à l'anatomie pathologique. C'est un aveu que nous sommes charmés d'obtenir de sa bouche; car il y a déjà long-temps que nous répétons ce reproche dans les *Annales de la médecine physiologique*. Dégoûté que l'on était des distinctions scolastiques, on s'est, dit-il, borné à la recherche des causes les plus évidentes, *prédisposantes* et *efficientes*. La pathogénie est, selon lui, une science encore à faire, et sur laquelle il ne cite que Hufeland et lui-même (1). Jadis, dans la longue enfance de la science, le groupe de symptômes était, suivant notre auteur, la maladie. C'est dans ce sens que Bayle l'envisageait encore dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, art. *Cause*. Avant lui, le nom de *maladie* était donné à la cause, continue notre auteur; et c'est dans ce sens qu'il croit devoir prendre aujourd'hui ce mot.

Je suis fort aise d'entendre un érudit, dévoué au culte des vieux classiques, déclarer qu'ils nous ont laissé la science dans un état d'enfance. Mais voyons quel emploi M. Rochoux va faire des causes pour former son entité telle qu'il la propose à notre raison.

Après avoir recherché où en sont nos connaissances sur la *nature des maladies*, et sur leur *essence*, tout se réduit, pour lui, à savoir que tantôt elles consistent dans une altération matérielle dans le tissu de nos organes, et tantôt en un trouble des fonctions, sans lésion de structure appréciable.

Voilà d'abord la profession de foi de tous les anatomo-pathologistes purs de notre époque; en voici le vice. Toutes les maladies, à peu d'exceptions près, exceptions à la tête desquelles se trouvent les affections traumatiques, ne sont dans leur

(1) Dict. en 20 vol., art. *Pathogénie*, t. XVI.

début que des lésions de fonctions, sans lésion de structure appréciable. En faisant commencer son apoplexie au moment de la rupture de l'encéphale, M. Rochoux la mettra sans doute dans l'exception; mais le groupe de symptômes qu'il lui assigne n'en donnera pas la certitude, puisque l'exhalation du sang dans un ventricule, exhalation qui est sans lésion de structure, peut le fournir. Cette première distinction, tirée des causes secondaires ou prochaines, ne peut donc lui fournir des caractères inamovibles pour son entité. Mais que gagne la science, ou plutôt l'humanité, à ce que l'idée d'apoplexie ne se présente à l'esprit que lorsque le cerveau est déchiré par un épanchement? pourquoi la cause des prodromes est-elle séparée de celle du désordre organique, comme s'il s'agissait de choses tout-à-fait différentes? Ces questions reviendront un peu plus tard.

Pour aller plus avant et approfondir la question des causes, il faudrait, selon notre auteur, *savoir ce que c'est que la vie*, et en *quoi consiste l'organisation*; mais la structure intime nous est inconnue... et certes il n'a pas de peine à le prouver.

Si, pour se faire une idée des causes des maladies, telle qu'un médecin doit l'avoir pour pouvoir les traiter, il fallait avoir deviné l'énigme de la vie, nous ne pourrions traiter ni les lésions traumatiques, ni les physiques, ni les chimiques d'origine, car l'action de toute la nature extérieure sur nos organes est fondée sur les différences qui existent entre nous et les corps qui ne sont pas nous. Cette vérité est incontestable : M. Rochoux exige donc, pour la connaissance des causes, une condition qu'il est impossible à l'homme de remplir.

Le phénomène principal de la vie est, continue l'auteur, un mouvement de composition et de décomposition auquel le concours de la circulation et de l'innervation est nécessaire dans les classes élevées. Nous découvrons par là quelques voies d'altération, vu la liaison de ces deux fonctions, dont l'une ne peut être lésée sans l'autre. L'usure du corps animé amène déjà ces troubles, mais le mauvais régime des fonctions, spontané ou forcé, en est la cause la plus fréquente...

Cette tirade est vraiment philosophique; on y reconnaît l'école de Bichat, et l'on croirait lire un de nos médecins physiologistes. Pourquoi M. Rochoux n'a-t-il pas continué ces emprunts ; pourquoi a-t-il voulu sortir de cette voie, où il aurait trouvé tout ce qu'on peut connaître sur la question, pour faire des frais superflus d'érudition exotique?

Il commence par trouver une cause différente de celles qu'il vient d'énoncer dans l'*influence toute-puissante des agens physiques sans lesquels la vie s'éteindrait aussitôt;* une autre dans les violences physiques extérieures.... Il ne s'est donc pas aperçu que cette influence est comprise dans ce qu'il vient de nommer tout à l'heure *l'usure du corps animé et le mauvais régime* ou la mauvaise gouverne spontanée ou forcée des fonctions. En effet, il ne peut s'agir ici que d'une action plus forte des agens physiques, et nullement d'une action d'une autre nature, puisque les impondérables, la chaleur, l'air et les phénomènes qui se rapportent à l'attraction (quelque nom qu'on veuille lui donner), sont les conditions par lesquelles la composition, la décomposition, l'innervation et la circulation nous font vivre et mourir, c'est-à-dire usent notre corps, et par là même cessent de pouvoir s'exécuter.

Un autre ordre de causes est indiqué dans les virus, dans les poisons et dans certains composés chimiques.... M. Rochoux peut-il donc ignorer que l'action de ces causes ne peut se révéler que par des troubles dans la composition, la décomposition, l'innervation et la circulation? Il aurait peut-être pu s'en tenir, avec les physiologistes, à ces lésions, comme au point le plus élevé où nos moyens de connaître puissent nous conduire, et se contenter de l'énumération des causes qui peuvent les produire, au lieu d'extraire quelques unes de ces causes de leurs *complices*, comme si elles pouvaient agir autrement qu'en troublant la composition, la décomposition, l'innervation et la circulation. Nous allons bientôt répondre à cette question.

Les poisons, les agens chimiques d'une part; les violences extérieures de l'autre, constituent, suivant l'auteur, deux ordres de causes dont les modes d'action nous sont assez bien connus; les autres, nous les ignorons *complètement*... C'est encore là une des sentences routinières de l'opposition à la méthode physiologique. L'occasion s'offre d'y répondre; ne la laissons pas échapper.

Nous savons que ces deux ordres de causes peuvent agir de prime-abord en altérant la structure de nos organes; mais c'est une connaissance toute du domaine de nos sens et de la portion la moins relevée de notre intelligence. Nous savons qu'il faut écarter ces causes, lorsque leur action continue; autre connaissance de bas aloi. Mais aussitôt qu'il s'agit de se rendre compte des procédés que la nature emploie pour réparer les désordres qu'ont produits ces actions désorganisatrices, nous rentrons dans le domaine de la vitalité sur lequel M. Rochoux a déclaré son incompétence. Mais le médecin n'est-il donc médecin que pour faire de la mécanique?...

Oh! dira-t-il, nous faisons davantage, puisque nous appliquons le neutralisant du poison chimique : soit; mais si vous n'êtes que chimiste, vous n'apprécierez ni l'action des neutralisans sur l'organe, ni les suites de l'empoisonnement, de la vulnération, du rapprochement ou de la division artificielle des tissus; en un mot, vous êtes médecin pour diriger l'action des modificateurs sur la vie, et si vous ne la connaissez pas assez pour les empêcher au moins quelquefois de la détruire, vous cessez d'être médecin. Ne tirez donc pas vanité de votre ignorance de la vie; ne vous figurez donc pas que vous allez vous faire passer pour des hommes de haute portée, en vous flattant de ne connaître que la partie mécanique de votre science. Si pourtant vous voulez vous parer de l'ignorance de la vie comme d'un titre de haute importance, n'insinuez pas que personne ne peut en savoir plus que vous sur ce phénomène; car le fait est que, sans définir la vie et sans expliquer la structure intime, on peut très bien diriger, d'une manière fort avantageuse à l'homme, l'action des modificateurs, en prenant pour moyen la manière dont ils agissent sur l'innervation, la circulation, la respiration, les sécrétions et la nutrition.

En effet, nous avons prouvé, nous autres physiologistes, qu'en prenant pour guides les phénomènes du mouvement et du sentiment, dans l'art de rapprocher et d'écarter du corps vivant les modificateurs dont nous pouvons disposer, on arrivait à des résultats bien supérieurs à ceux où peuvent parvenir les hommes qui s'en tiennent aux phénomènes purement mécaniques, ou qui se jettent dans le mysticisme des entités. Mais l'auteur travestit nos vues et notre manière d'envisager l'action des organes, par les expressions suivantes : « On s'est borné, en gâtant la théorie de *Thémison*, à réduire tout à deux modes d'affections : sthénie et asthénie, irritation et abirritation... et il cite Brown, Broussais et Dugez... Je voudrais d'abord savoir ce qu'a

fait de si relevé, de si supérieur aux travaux des modernes physiologistes, ce Thémison dont nous avons fait connaître la doctrine dans le tome Ier de cet *Examen*. Thémison date de l'*enfance de l'art.* Nous sommes donc bien au-dessous de cette enfance? Sommes-nous des embryons ou des atomes? M. Rochoux nous ferait bien plaisir s'il voulait se donner la peine de nous définir.... Mais non, il n'en prendra pas la peine. Il se contentera de nous traiter comme il a traité les phrénologistes... Mais arrêtez, M. Rochoux! nous comptons sur un éloge de la théorie de Thémison que vous nous devez comme enthousiaste bien prononcé, ainsi que vous l'êtes, des vagissemens de l'antiquité.

Quant à la légèreté avec laquelle Broussais est mis sur la même ligne que Brown, nous ne pouvons que renvoyer à ce qui a été dit de Brown dans cet *Examen*, tome II. Nous attendrons, au reste, pour juger des motifs de ce rapprochement, que quelque phrénologiste, ami de l'auteur, nous ait fait connaître l'état de ses organes de conscience et de jugement, dans leurs rapports avec ceux de la propre estime et de la circonspection; car nous n'avons jamais palpé sa tête.

Mais, ajoute ce régent de l'époque actuelle, quoique ces deux modes de lésions produisent beaucoup de maladies, il en est un bien plus grand nombre où l'on est forcé d'admettre un mode particulier de souffrance plus ou moins différent des autres.

Quel est ce mode? nous l'allons voir : ce mode est subordonné à la spécialité de la cause déterminante (et il cite Hufeland, *Pathogénie*, et lui-même : *Des systèmes en médecine. Journal hebdomadaire*, 28 *mars* 1829), la nature de la réaction étant toujours déterminée, d'après une loi de l'économie, par celle de l'action.

Voilà le grand mot lâché, et vous voyez, cher lecteur, que nous ne pouvons vraiment nous dispenser d'aller chercher les objections des sectes diverses dans les auteurs qui s'en constituent les représentans. Celle-ci est, je crois, du docteur Hufeland, dont M. le docteur Rochoux aura lu quelques lignes ou quelques titres de chapitres, comme il a fait pour les ouvrages des médecins physiologistes; car je croirais l'offenser en supposant qu'il les a lus d'un bout à l'autre. Voyons donc si nous pourrons apprécier la valeur de cette terrible objection. Son air de profondeur, ou, si vous aimez mieux, de hauteur philosophique, nous en fait un devoir, et nous espérons, pour ce motif, obtenir grâce à vos yeux pour les développemens dans lesquels nous allons être forcé d'entrer.

Si, toutes les fois qu'on observe dans la réaction que nos organes déploient contre l'action des agens extérieurs des différences correspondantes à cette action, il fallait renoncer à la connaissance des causes et nous déclarer incapables d'en arrêter les effets, je pose en fait que nous serions hors d'état de remédier aux suites de toutes les modifications pathogéniques que nos organes reçoivent des corps extérieurs, et que nous ne saurions pas traiter même les accidens qui résultent des contusions; à plus forte raison ceux que produisent les indigestions, le froid et surtout les affections morales. C'est comme si je disais que nous n'aurions aucune notion utile à la conservation de nos semblables sur les causes de ces mêmes maladies, dont M. Rochoux assure que nous possédons assez bien la pathogénie. En effet, il n'y a pas deux agens extérieurs qui nous modifient exactement de la même manière, et le même individu est affecté et réagit différemment contre le même modificateur suivant la disposition où il se trouve lorsqu'il est soumis à son action. Rien de plus réel que ce fait, et comme on est forcé de l'admettre, il s'ensuit qu'il n'y a qu'une différence du plus au moins dans les notions que nous avons sur la pathogénie des diverses maladies de notre espèce. Or, si cette différence est la seule, il n'est pas vrai, comme l'avance M. Rochoux, que nos notions sur la plupart des causes de nos maladies soient absolument nulles, tandis que celles que nous possédons sur un petit nombre d'autres sont assez satisfaisantes.

Effectivement, il nous a dit que les modes d'action des violences physiques et chimiques nous sont *assez bien connus*, mais que les autres modes d'action, nous *les ignorons complètement;* et comme ces expressions tracent une forte ligne de démarcation entre ces deux ordres de modes d'action, nous avons été forcés de supposer qu'il ne nous accorde que les notions mécaniques et chimiques de la médecine, et qu'il nous refuse toutes les physiologiques. Présentement, il va nous concéder quelques notions de l'ordre vital.

La *cause prochaine* est, nous dit-il, l'appareil morbide résultant du mode d'impression qu'éprouve le solide vivant, dans la réaction toujours proportionnée à l'action de la cause (p. 412). Or, poursuit-il, cette cause est impossible, *peut être*, à pénétrer dans ce qu'elle a d'intime. Cependant elle a toujours occupé les médecins, et tout se réduit à savoir, d'*une manière générale*, que divers modes d'affection sont le point de départ de tous les autres, de tous les phénomènes morbides dans les maladies organiques comme dans les vitales. Tel est le point de doctrine que M. Rochoux dit avoir posé dans sa Thèse pour l'agrégation, p. 7. Nous n'avons pas lu cette Thèse, et cependant nous allons traiter cette question.

Est-il vrai que nous ne savons que d'*une manière générale*, que divers modes d'affection sont le point de départ de tous les autres ou de tous les phénomènes morbides?..... *Ces divers modes d'affection*, communs à tant de maladies, doivent être des lésions d'innervation, de circulation, de respiration, de sécrétion et de nutrition. Mais M. Rochoux a dédaigné de nous les indiquer. Or, si nous ne savons leur rôle dans les maladies que d'une manière générale, notre notion se réduit à ce qu'exprime la phrase de M. Rochoux. Alors, comment sait-il que le *vice de nutrition* est la cause prochaine de l'apoplexie? En supposant que cette notion soit juste, ce dont nous allons bientôt nous assurer, elle est spéciale, puisqu'il s'agit d'un cas particulier, et comme nous devons supposer qu'il en possède d'autres qui ne sont pas semblables à celle-là, quoiqu'elles soient du même ordre, sur plusieurs autres cas morbides, nous devons en conclure qu'il a plus qu'une notion générale sur les causes prochaines des maladies. Nous savons d'une manière générale que l'homme est mortel, qu'il est vivant, qu'il parle, qu'il marche, qu'il mange, etc., parce que, dans chacune de ces notions, il n'y a qu'un fait unique qui se reproduit chez tous les hommes; mais il n'en est pas ainsi des *causes prochaines* des maladies : ces mots sont appliqués à des états fort différens de ces organes; nous avons donc sur ces causes une foule de notions spéciales, ou du moins nous croyons en avoir, sauf à les rectifier si nous venons à découvrir qu'elles ne sont pas justes.

L'auteur s'est donc mal exprimé; il a fait un mauvais emploi du mot *général*, et s'est rendu inintelligible.

Voyons maintenant si l'on peut réduire ces no-

tions diverses à un terme général. M. Rochoux nous l'a offert lui-même. La cause prochaine est pour lui l'*appareil morbide qui résulte de la réaction de nos organes contre les agens perturbateurs....* Mais cette définition est celle de la maladie elle-même, en tant qu'elle manifeste des symptômes de réaction. La cause prochaine est donc une maladie, qui produit, puisqu'elle est cause, une autre maladie. En d'autres termes, c'est un état morbide résidant dans certains organes qui produit un autre état morbide secondaire dans l'organisme.

C'est fort bien si tous les médecins sont d'accord pour lui donner cette signification, et si elle est applicable à toutes les maladies. Mais nous n'en sommes pas là. Si une fracture, une luxation, une plaie vive, une cautérisation, une asphyxie, etc., sont des maladies, il faut convenir qu'elles manquent de causes prochaines, et que ces causes ne pourront exister que pour les accidens consécutifs s'il s'en développe, et que le malade n'ait pas d'abord succombé.

Le modèle de la cause prochaine de M. Rochoux est pris dans les maladies qui sont aiguës et fébriles, et dans lesquelles l'appareil de symptômes peut être rapporté à l'état morbide d'un organe dont la souffrance a mis et entretient le désordre dans un grand nombre de fonctions, par exemple, une phlegmasie de l'une des trois cavités splanchniques.

Mais comment cette définition pourra-t-elle être appliquée à une foule d'états morbides peu prononcés, n'excitant point encore de troubles dans les grandes fonctions, et qui sont le premier résultat de cette réaction dont parle l'auteur? S'ils s'accroissent, et qu'ils produisent des troubles secondaires, ils pourront mériter le nom de causes prochaines; mais s'ils se dissipent sans cela, ce ne seront plus des causes; il en sera d'eux comme des prodromes qui avortent; ce seront simplement des maladies.

Il faut aussi qu'on les reconnaisse pour tels; car s'ils persistent, ces états morbides, ils pourront produire de graves maladies. Ils sont nés, ils naissent à chaque instant en nous sous l'influence des causes éloignées; il faut donc étudier ces causes dans leurs rapports avec les organes; il faut arriver au point de voir naître cette *réaction proportionnée à l'action* dont l'auteur nous a parlé. Puisqu'on admet son existence, c'est qu'on a pu la constater un assez bon nombre de fois pour y croire; si on a pu la constater, il est naturel de penser que dans bien des cas on a pu la détruire en écartant l'agent extérieur d'irritation; il est probable aussi que si on a pu la soumettre à l'analyse on l'aura soumise à la synthèse en rapprochant la cause après l'avoir éloignée, afin de s'assurer si la réaction était bien en proportion de sa nature et de son intensité. Or, si tout cela a été fait, nous ne voyons pas pourquoi on ne pourrait pas le répéter et porter, à l'imitation des physiologistes, l'observation dans les rapports des modificateurs avec les organes, c'est-à-dire bien au-delà de la cause prochaine.

Je sais très bien que probablement l'on ne saisira pas toutes les causes éloignées au moment de leurs rapprochemens des organes; mais du moins on en connaîtra plus qu'on en connaît; on sera en voie de progression scientifique et d'amélioration sur le rapport de l'art de guérir; c'est dire, en d'autres termes, qu'en suivant la méthode physiologique, on ira bien au-delà du point où veut nous fixer l'anatomie pathologique pure.

Mais ne perdons pas de vue notre question qui consiste à savoir si la définition de la cause prochaine, donnée par M. Rochoux, est bonne et doit être adoptée. Nous venons de nous assurer que cette cause, telle qu'il la conçoit, n'est pas applicable à toutes les acceptions qu'on donne au mot *maladie*. Voyons maintenant si elle s'applique à ce qu'il appelle une apoplexie. L'apoplexie est à ses yeux une déchirure de la substance nerveuse encéphalique avec hémorrhagie, et la cause prochaine qu'il lui assigne est un *vice de nutrition d'où résulte la diminution de la cohésion de cette substance....* Est-ce le vice de nutrition ou la cohésion diminuée qui est la cause prochaine? si c'est le vice de nutrition, comment se prouve-t-il? sans doute par la diminution de la cohésion. Mais qui prouve cette diminution? Ce ne peut être que la rupture. La définition de cette cause prochaine a donc été suggérée à l'auteur par le raisonnement que voici : le cerveau s'est déchiré, donc il était déchirable; il ne s'était pas encore déchiré, donc il n'avait pas encore été déchirable; il est devenu plus déchirable, donc sa cohésion a diminué : or, sa cohésion dépend de sa nutrition; donc sa nutrition s'est faite d'une manière moins bonne que lorsqu'il ne se déchirait pas; donc sa nutrition était vicieuse.

Il est clair qu'on peut faire bien des objections contre ce raisonnement; par exemple, on peut demander si les déchirures hémorrhagiques sont toujours en raison directe de la faiblesse de cohésion du cerveau. La réponse sera facile. Dans presque toutes les affections chroniques des méninges et de la périphérie du cerveau, la substance cérébrale est ramollie; c'est ainsi qu'on la trouve chez le plus grand nombre des anciens maniaques qui meurent en état de démence et de paralysie générale; et cependant, de l'aveu de M. Rochoux lui-même, rien n'est plus rare que son apoplexie chez ces sortes de sujets, quoique la congestion sanguine, ou coup de sang, y soit très commune. Nous pourrions faire bien d'autres objections, même sans épiloguer M. Rochoux, telles que celles-ci : le cerveau des enfans, celui des vieillards très âgés, est moins sujet à l'apoplexie-Rochoux que celui des sujets de cinquante à soixante-dix ans, quoiqu'il soit plus mou. Il en est ainsi des sujets valétudinaires qui deviennent rarement apoplectiques : il faut avoir égard à d'autres changemens qu'à celui de la cohésion du cerveau; car chaque âge en amène dans les grandes fonctions, l'innervation, la circulation, les sécrétions.... Mais nous n'irons pas plus loin, dans la crainte d'être ennuyeux.

Rien n'est donc moins prouvé que le défaut de cohésion apoplexipare de M. Rochoux. Il n'a donc pas signalé la vraie cause de la disposition à la déchirure hémorrhagique. C'est parce qu'il ne l'a pas cherchée, par la voie de l'observation et du rapprochement, dans l'action des modificateurs sur les organes, et qu'il s'est payé de mots et trompé lui-même en prenant l'expression du fait en d'autres termes, pour la cause de ce même fait. Au surplus, comment s'étonner qu'il n'ait pas fait cette recherche, puisqu'il ne la croit pas à la portée de l'intelligence humaine, qui, selon lui, ne voit clair que dans ce qu'il y a de mécanique ou de chimique dans l'action de ces mêmes modificateurs, et qui ne peut jamais rien découvrir de satisfaisant dans l'action qu'ils ont sur la vie, par la puissante raison qu'elle ne saurait la définir.

Nous venons de prouver que M. Rochoux admet pour cause prochaine de son apoplexie l'existence du fait de cette apoplexie, c'est-à-dire cette déchirure du cerveau, puisque la déchirabilité ne se constate que par la déchirure déjà effectuée : comment donc cette déchirure pourra-t-elle être la cause d'elle-même?... Qu'il nous le dise; pour moi, ce que je

vois clairement ici, c'est que si l'apoplexie consiste essentiellement dans la déchirure hémorrhagique, elle n'a point de cause prochaine, telle que M. Rochoux l'a définie, et que, par conséquent, la cause prochaine de l'apoplexie de M. Rochoux n'est nullement applicable à l'apoplexie de M. Rochoux. S'il nous eût dit que la maladie *apoplexie* consiste dans le groupe de symptômes, il eût été le maître d'en mettre la cause prochaine dans la déchirure hémorrhagique du cerveau, sauf à le prouver toutefois; et nous eussions avoué que sa définition générale de la cause prochaine était bien appliquée à celle de l'apoplexie; mais aussitôt que l'apoplexie cesse d'être dans les symptômes, et qu'elle se trouve transportée dans l'affection organique, cette application est mal faite, et M. Rochoux reste convaincu d'inconséquence et de contradiction.

Après la cause prochaine viennent les causes éloignées, et d'abord les prédisposantes. M. Rochoux divise ces dernières en *individuelles* et *hygiéniques.*

Sur les individuelles, il combat l'opinion accréditée par les auteurs, que les hommes à col court, à tête trop grande ou trop petite, sanguins, gros, et doués d'un cœur hypertrophié, sont plus prédisposés à l'apoplexie que les autres. Il veut bien qu'ils le soient aux congestions sanguines et aux coups de sang; mais, se fondant sur des tableaux statistiques, il leur refuse la prédisposition à la déchirure hémorrhagique de la pulpe encéphalique.

Ses tableaux ne nous ont point persuadé; car les malades des grandes villes qui proviennent en majorité des hôpitaux, appartiennent aussi en majorité à une classe malheureuse, affectée de passions tristes ou violentes, presque toujours intempérante, et par conséquent soumise à des influences hygiéniques qui peuvent l'emporter sur la prédisposition tempéramentale. Une statistique de ce genre, pour être probante, aurait besoin de distinction et de détails dont celle qu'il cite n'offre point d'exemple.

M. Rochoux a beau dire que l'âge amène des changemens chimiques dans la composition du cerveau, qui seuls peuvent expliquer la déchirure hémorrhagique de ce viscère; tant qu'on en trouvera des exemples dans tous les âges, depuis vingt ans jusqu'à quatre-vingt-dix, il ne me convaincra pas. Les conditions de l'âge peuvent manquer, mais la congestion sanguine préalable du cerveau ne manque jamais. Je verrai donc toujours cette congestion comme la prédisposition la plus évidente; et tout ce qui la favorise, comme ses causes prédisposantes et souvent même déterminantes. Or, ces causes peuvent agir sur nous dans tous les âges de la vie. Ainsi, comme elles ont plus d'effet lorsque la circulation devient difficile, et que l'âge de retour accroît cette difficulté chez les constitutions dites apoplectiques et chez les sujets qui souffrent du cœur, je n'abdiquerai pas le bon sens, la raison, mon expérience et toutes mes notions de physiologie, pour embrasser, avec M. Rochoux, l'opinion que toutes ces influences sont nulles, et qu'*aucun signe extérieur appréciable n'indique la disposition à l'apoplexie.* Il trouvera sans doute des médecins fait sur son modèle, amis du paradoxe et de la singularité, qui l'approuveront; mais je ne crois pas qu'il entraîne la masse des bons esprits et des véritables observateurs.

M. Rochoux accorde de l'influence aux causes prédisposantes hygiéniques des auteurs, telles que la chaleur après le froid, le froid après la chaleur, l'air humide et chargé d'électricité, les affections tristes, la colère, l'ambition déçue, la vie molle et oisive, les excès dans le boire et dans le manger, etc. Mais il se garde bien de dire comment ces causes agissent; car il ne pourrait pas prouver qu'elles n'ont d'action qu'en amenant le défaut de cohésion de l'appareil encéphalique. Toutefois, comme s'il lui fâchait de laisser couler de sa plume quelques pages sans se singulariser, il avance hardiment, sans preuve aucune, et surtout sans recourir à son moyen favori, la statistique, que les excès d'études, loin de favoriser l'apoplexie, en sont le meilleur des préservatifs; son motif, c'est que ce genre d'exercice *fortifie le cerveau,* et doit, par conséquent, en augmenter la cohésion; comme si tout le monde ne savait pas que tout exercice cesse d'être fortifiant pour l'organe qu'on fait agir, lorsqu'il dépasse certaines limites. Pour moi, j'affirmerai, contradictoirement à l'auteur, que le travail intellectuel congeste l'encéphale de sang lorsqu'il est trop soutenu, et que s'il est moins puissant pour occasionner les conséquences de cette congestion, comme le coup de sang, la folie, la démence et la paralysie générale, ou l'apoplexie, suivant les âges et les prédispositions, il est toujours extrêmement nuisible lorsque l'âge avance et que la fonction circulatoire est devenue un peu difficile. M. Rochoux s'est montré, sur cette question, beaucoup moins observateur et physiologiste que médecin de cabinet prêt à sacrifier les faits à ses paradoxes.

L'auteur convient que les causes prédisposantes, par la continuation de leur action, peuvent devenir efficientes. Les auteurs accusent de plus, dit-il, l'indigestion dans le bain, le coït, surtout chez les vieillards, les frictions très fortes, les blessures des méninges ou *leur convulsion,* les vives affections morales, l'épilepsie, les convulsions, la grossesse, les efforts d'accouchement, le refoulement du sang par le froid vif et subit, les suppressions des exanthèmes, toute espèce de métastase et l'influence sympathique des divers organes, et surtout de l'estomac. Mais M. Rochoux pense que ces causes ne peuvent que congestionner le cerveau; il en excepte pourtant les métastases et les influences sympathiques qui n'ont même pas ce pouvoir. Je m'attendais à cela de la part d'un homme qui joint à la passion de surprendre son monde par des propositions extraordinaires, le défaut d'aptitude à l'observation des phénomènes de la vie.

Mais que dire à un médecin qui n'a aucune idée des influences irritatives des organes les unes sur les autres, en santé comme en maladie, ou qui affecte d'ignorer comment l'action se transmet et se propage dans l'économie? Nier l'influence des excrétions supprimées sur la production de l'apoplexie, paraît un peu fort; mais il se tire d'affaire à la manière de Laennec plaidant pour ses tubercules *à priori;* il assure, sans hésiter, que si toutes ces influences ont paru provoquer l'apoplexie, c'est que le vice de nutrition y avait prédisposé l'encéphale. Le moyen, en effet d'attribuer à une irritation métastatique, et par conséquent congestive et *densifiante* du cerveau, une influence qui lui fasse perdre sa cohésion!... C'est ainsi qu'un premier paradoxe nous mène à beaucoup d'autres.

Très souvent les apoplectiques sont attaqués au moment où ils peuvent le moins s'y attendre, en se levant, en conversant avec leurs amis, etc : oui, mais beaucoup le sont à la suite d'une colère, du coït (1), d'un effort, ne fût-ce que pour aller à la

(1) Un médecin espagnol très distingué, anciennement préposé aux eaux-minérales de Saint-Hildephonse, m'a répété bien souvent que la plupart des hémiplégiques qui venaient prendre les eaux, lui décla-

garde-robe. D'ailleurs cette circonstance prouve seulement que le ramollissement précurseur de la déchirure exige souvent du temps pour arriver à son terme, et nullement qu'il n'a pas été opéré par l'irritation.

Traitement de l'apoplexie.

Nous n'avons aucun reproche à faire à M. Rochoux touchant l'article du traitement. Il en a soigneusement banni tous les stimulans, même les tentatives de révulsion que bien des gens ont encore l'habitude de se permettre sur le tube digestif et sur la peau, par les vésicatoires et les rubéfians. Les saignées générales et les locales sont prescrites en temps opportun et dans la mesure convenable. Il s'est montré fidèle aux préceptes de Lallemand, qui sont ceux de la médecine physiologique la plus pure. Mais cette conduite nous a fait faire des réflexions qui ne sont point du tout favorables à la théorie de l'auteur sur la nature de l'apoplexie.

Pourquoi, si M. Rochoux croit vraiment à la diminution de la cohésion du cerveau, ne propose-t-il pas quelque moyen de rectifier la nutrition de ce viscère? Tous ses moyens sont dirigés contre la congestion encéphalique, c'est-à-dire contre l'irritation; et alors même que les accidens hémorrhagiques sont conjurés, et que la maladie est en voie de guérison, il ne lui vient pas à l'esprit de proposer un seul moyen spécial qui favorise l'assimilation. J'avoue que je m'attendais à autre chose: j'espérais voir paraître, pour le moins, quelques toniques, ne fût-ce que des ferrugineux à faible dose, substances que nos modernes régénérateurs vantent comme les meilleurs moyens de perfectionner l'hématose. Mais lorsque j'ai lu, dans M. Rochoux, qu'un régime sévère, et même un sage *cura famis* étaient les meilleurs moyens de favoriser la cicatrisation des plaies hémorrhagiques de l'encéphale; lorsque j'ai remarqué qu'il écartait, avec le plus grand soin, toutes les stimulations vives des extrémités nerveuses qui pourraient se répéter dans les centres; enfin lorsque j'ai comparé ces préceptes avec l'influence accordée par l'auteur sur la production de l'apoplexie à presque toutes les causes de stimulation que l'on désigne sous les noms de causes prédisposantes et efficientes, je n'ai pu m'empêcher de voir un désaccord des plus frappans entre la théorie et la pratique de M. Rochoux. Il ne craint que l'irritation, que la congestion de l'encéphale; il ne combat que cela pendant les attaques; il ne se propose d'écarter que cela pour favoriser la guérison, pour prévenir les récidives; et cependant le mot irritation ne figure point dans sa théorie. La congestion n'y obtient aucune place comme force efficiente de l'hémorrhagie; on la voit constamment produire toute autre chose, par exemple des ramollissemens, que l'on avoue, avec Lallemand, être constamment inflammatoires; des méningites, des coups de sang, maladies terribles dont on atténue le danger pour donner plus d'importance à l'hémorrhagie de la pulpe; on permet à la congestion de rompre les vaisseaux du cerveau, non seulement lorsqu'ils sont dégénérés, friables, anévrismatiques, mais même quand ils sont parfaitement sains; on va même jusqu'à lui concéder le pouvoir de provoquer des exhalations subites et copieuses de sang dans les ventricules et à la périphérie du cerveau; mais on lui ravit d'un ton tranchant le droit de préparer et même d'effectuer une hémorrhagie de la substance cérébrale.

Si encore on attendait, dans la thérapeutique, que l'hémorrhagie fût effectuée pour attaquer, détruire, prévenir les *retours* de sang vers l'encéphale, cela passerait; car on pourrait alléguer que le sang épanché est un corps étranger dont la présence peut nuire au travail réparateur de la nature; mais on porte la précaution contre l'influence de l'action sanguine sur le cerveau, au point de ne rien trouver de plus efficace que le régime qui modère la formation et l'activité du sang pour prévenir l'apoplexie; et cependant l'abondance de ce fluide et l'activité de son mouvement ne sont pour rien dans la production de la maladie: le tout afin de bien isoler le ramollissement jaune, que l'on regarde comme cause de la déchirure hémorrhagique, de toute autre modification imaginable du cerveau, et pour faire répéter à toutes les trompettes de l'anatomie pathologique qu'on a seul eu la gloire sinon de découvrir le ramollissement jaune, au moins de l'avoir bien distingué de toute autre altération organique, et de lui avoir assigné en propre et exclusive propriété un groupe de symptômes dont personne, jusqu'à M. Rochoux, n'avait eu qu'une idée vague.

Cet auteur pousse la précaution dans ce genre, au point qu'après avoir recommandé tout ce qui peut diminuer l'hématose et modérer le cours du sang pour prévenir l'apoplexie, il assure que la saignée n'y peut servir en rien. Il se fonde sur un seul fait, auquel sans doute il n'a pas pris le temps de réfléchir. « Portal rapporte, dit-il, qu'un homme de soixante ans fut atteint d'une hémorrhagie cérébrale mortelle, le jour même où il avait perdu deux livres de sang par une blessure d'une artère de la main. » Si M. Rochoux eût employé ce fait pour prouver que le ramollissement hémorrhagipare exige du temps pour se former, et s'il eût ajouté qu'une fois qu'il est formé la saignée ne suffit pas pour l'empêcher de produire son effet, il eût raisonné d'une manière vraisemblable. Mais ce fait ne prouve point que quelques jours, semaines ou mois plus tôt, la saignée n'eût pas eu la vertu de prévenir ce funeste événement.

Ainsi, M. Rochoux n'a point résolu les questions les plus importantes sous le rapport de la thérapeutique: 1°, sous quelles influences extérieures appréciables se forme le ramollissement hémorrhagique? 2°, l'a-t-on observé avant l'apoplexie, et lui a-t-on constaté des degrés différens de maturité, de manière à pouvoir assurer qu'il est antérieur à l'hémorrhagie? 3°, quels sont les moyens les plus propres à prévenir sa formation, ou bien à l'empêcher de produire l'hémorrhagie, c'est-à-dire à le guérir dans le cas où son antériorité serait bien prouvée (1).

Conclusion sur M. Rochoux.

Résumons maintenant les principaux points de doctrine de notre anatomo-pathologiste, et joi-

raient avoir été attaqués en faisant la sieste avec leur femme et se livrant à l'acte du coït. Je n'oublierai jamais cette observation qui me vient du docteur *Guarnario*, pratiquant maintenant à Limoux, et qui avait traduit en espagnol la *Nosographie* de Pinel.

(1) Cette question est d'autant plus importante que plusieurs médecins pensent que le ramollissement jaune n'est point antérieur à l'hémorrhagie, et qu'il dépend de l'infiltration du saug épanché dans la substance cérébrale. Au surplus ils attribuent la rupture hémorrhagique à une irritation de nature inflammatoire dont le siége est dans les capillaires; et comme la substance grise en contient plus que la blanche, on explique par là la fréquence de l'hémorrhagie dans les corps striés, les couches optiques, la périphérie du cerveau, la protubérance annulaire, et la rareté de cet accident dans les régions où la pulpe blanche est sans mélange de substance grise.

gnons-y nos réflexions. Cela sera toujours de quelque utilité pour la science.

M. Rochoux a exprimé d'abord l'idée que la *maladie* ne doit point consister dans le groupe de symptômes, parce que cette méthode doit conduire à un *terme extrême de déraison,* et que toutes les maladies dépendantes de lésions appréciables aux sens doivent être uniquement nommées et définies par ces lésions (Préface). Plus tard, il a voulu que la dénomination de *maladie* fût donnée à la cause des symptômes, sans dire si c'est à la cause prochaine ou bien à la cause éloignée, prédisposante ou efficiente. Plus tard, enfin, il a distingué deux classes de maladies, les unes consistant en une *altération* matérielle dans le tissu des organes; les autres en un trouble des fonctions sans lésion de structure appréciable; ce qui partage les maladies en 1°, *affections vitales;* 2°, *altérations des tissus* (p. 408 ou 409).

Il n'a donc pas songé qu'on est malade avant que les tissus soient altérés (hors les cas traumatiques, les asphyxies, etc.), que la maladie spontanée est toujours vitale dans son commencement, et que par conséquent, pour faire une pathologie interne fructueuse, il faut s'exercer à apprécier la valeur des groupes de symptômes dès qu'il se présentent, afin de pouvoir agir avant que la structure des organes soit altérée, puisque la cure est à cette époque plus difficile que dans la précédente. Il a donc avancé une proposition erronée lorsqu'il a dit que *toute définition* (*de maladie*) *reposant sur l'énoncé d'un certain nombre de symptômes, doit conduire à un terme extrême de déraison* (Préface, p. 16).

M. Rochoux a donné aux maladies en général des causes prochaines, et il n'a point senti qu'un grand nombre n'en a point, si la cause prochaine est, comme il l'entend, un état morbide primitif, produit par la réaction de nos organes contre les modificateurs et qui produit un état morbide secondaire. De plus, il a fait une application vicieuse de son principe à la cause prochaine de son entité apoplexie.

M. Rochoux a voulu que l'attention des médecins ne se fixât que sur les altérations déjà produites, et a soutenu, contre l'évidence, que l'action de la très grande majorité des modificateurs morbifiques, au moment où ils provoquent l'altération des fonctions, n'était point à la portée de l'intelligence de l'homme; d'où il résulterait que la physiologie serait inutile à la pathologie et à la thérapeutique, ce qui est faux.

M. Rochoux a fait consister l'apoplexie dans une rupture de la pulpe encéphalique, accompagnée d'hémorrhagie; mais il a rendu par là le diagnostic de l'apoplexie, ainsi conçue, impossible, puisque le ramollissement inflammatoire (encéphalite partielle), l'épanchement par rupture des vaisseaux d'un gros calibre et les exhalations sanguines peuvent fournir le groupe de symptômes qui correspond à son apoplexie, et que, dans une foule de cas, il est impossible de s'y reconnaître. Or, comme une maladie doit être connue avant la mort, afin qu'on puisse la traiter, sa définition de l'apoplexie doit être rejetée, et le groupe de symptômes peut seul fournir les caractères de cette maladie telle qu'on doit la concevoir. En d'autres termes, le groupe de symptômes consistant en paralysie plus ou moins étendue des muscles et des organes des sens d'un des côtés du corps, diminution ou perte complète du sentiment, peut correspondre aux trois modes d'altération organique dont nous venons de parler, et peut-être encore à d'autres, aussi bien qu'à la rupture hémorrhagique de la substance de l'encéphale, telle que l'indique M. Rochoux. Le plus ou le moins de fréquence de ces cas, dits *exceptionnels*, ne fait rien à la nature et au caractère de la maladie, puisqu'il est impossible d'affirmer que le cas qui se présente rentre ou ne rentre pas dans les exceptions. D'ailleurs que signifie le mot *exception?* il ne fait qu'annoncer l'insuffisance de nos moyens de connaître.

M. Rochoux a bien jugé, vu l'état actuel de nos connaissances, de la valeur des signes que des auteurs ont voulu assigner à chacun des différens siéges de l'hémorrhagie cérébrale, par exemple à celles des corps striés, des couches optiques et de leurs environs, du centre et de la périphérie des lobes, des pédoncules du cerveau, de la protubérance annulaire et du cervelet, puisqu'il déclare: 1°, que les hémorrhagies d'un côté du cerveau produisent toujours la paralysie du côté opposé, mais que celles des corps striés ne déterminent pas exclusivement la paralysie des membres inférieurs opposés, ni celles des couches optiques la paralysie des membres supérieurs; 2°, que celles des pédoncules du cerveau et d'un des côtés de la protubérance annulaire donnent aussi des paralysies opposées; 3°, que celles du cervelet donnent le plus souvent la paralysie opposée, et quelquefois la directe ou la générale; 4°, que celles du centre de la protubérance donnent des paralysies générales; 5°, que la paralysie des muscles phonateurs ne correspond pas toujours à l'hémorrhagie de la partie antérieure des hémisphères cérébraux, et peut correspondre à plusieurs autres, surtout à celles du bas. Mais il n'a pas toujours bien expliqué, suivant nous, le prétendu désaccord entre le siége de la solution encéphalique et les paralysies.

M. Rochoux a fort mal jugé la phrénologie; il a fait preuve là d'une légèreté extrême en voulant prononcer un jugement sur une doctrine qu'il ne connait pas, et en cherchant à flétrir des travaux dont l'importance est désormais sentie par la plupart des intelligences de premier ordre. Il a voulu donner, à cette occasion, un échantillon de sa force en idéologie; mais en subordonnant toutes nos déterminations et tous nos actes aux facultés intellectuelles, sans tenir compte des impulsions des instincts et des sentimens moraux dont il n'a nulle idée, il a prouvé qu'il n'avait point assez étudié la phrénologie.

M. Rochoux a très mal jugé la médecine physiologique en prononçant qu'elle tendait à faire négliger les signes des maladies et à replonger la science dans la confusion. Il a prouvé par là qu'il ne l'avait pas mieux étudiée que la phrénologie, et qu'il ne s'était point éclairé par l'observation et le rapprochement des phénomènes de la vie, sous l'influence des modificateurs extérieurs. En se déclarant incompétent pour cette partie de l'anthropologie et de la zoologie, et rapportant toutes les certitudes de la pathologie aux altérations de la structure des organes, il s'est classé parmi les anatomo-pathologistes exclusifs, sous le rapport de la théorie.

M. Rochoux a bien rendu compte des altérations qui surviennent fréquemment dans l'encéphale, à la suite des hémorrhagies cérébrales, telles que les épanchemens, les ramollissemens, etc.; mais il n'a point dit qu'il fallait les considérer comme un travail d'irritation chronique, inflammatoire, subinflammatoire ou sécrétoire; ce qui était fort important pour en fixer la nature et en éclairer le traitement. En ce point, il n'a donc été qu'anatomo-pathologiste, et nullement physiologiste.

M. Rochoux a très bien décrit les maladies qui peuvent compliquer et simuler l'apoplexie; mais il n'en a pas toujours fait connaître la nature irritative, et n'a été là encore, le plus souvent, qu'anatomo-pathologiste.

M. Rochoux, après avoir mal indiqué la cause prochaine de l'apoplexie, a bien signalé la plupart des causes éloignées, mais il n'a nullement compris leur mode d'action; ce qu'il l'a conduit à en rejeter plusieurs qui sont très réelles, et qu'il importe de redouter pour sentir la nécessité de les écarter.

M. Rochoux a bien tracé les règles du traitement du groupe de symptômes qui caractérise l'apoplexie, quelle que soit l'altération dont elle dépende, et a mis par là sa pratique en opposition, jusqu'à un certain point, avec sa théorie, puisque tous ses efforts sont dirigés contre l'irritation et la congestion des centres nerveux, quoiqu'il refuse à ces phénomènes une influence appréciable sur la production de l'apoplexie telle qu'il la conçoit, et puisqu'il n'a rien proposé contre le vice de nutrition, par lui supposé, qui tendrait à affaiblir la cohésion de la substance nerveuse encéphalique.

CHAPITRE VIII.

TRAVAUX DE M. LE PROFESSEUR ROSTAN SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CERVEAU.

M. Rostan s'est attaché au ramollissement partiel du cerveau. On se souvient que Bayle et M. Cayol en avaient déjà parlé dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, comme d'un état cancéreux. MM. Rochoux, Abercrombie, Brichetau et Moulin en avaient aussi traité. Les deux premiers y voyaient une inflammation chronique de la substance cérébrale; M. Lallemand avait mis la question hors de doute, en rapprochant ce mode d'altération de plusieurs autres; mais la conviction n'atteignit pas M. Rostan. Il vit une maladie spéciale, différente de toute autre dans le ramollissement partiel qui s'offre si fréquemment chez les vieilles femmes qui peuplent l'hospice de la Salpêtrière. Il refusa de donner, avec Abercrombie, le nom d'encéphalite chronique à cette altération, attendu qu'il lui sembla que le ramollissement n'était pas constamment inflammatoire. Il entreprit donc, en 1822, la publication d'une monographie sur l'entité morbide *ramollissement du cerveau*, considérée comme une maladie qui ne peut être confondue avec nulle autre, et nous lui devons une précieuse collection de faits intéressans sur les encéphalites chroniques des vieillards, avec beaucoup de réflexions et d'observations fort instructives, et qui prouvent que M. Rostan avait déjà subi, jusqu'à un certain point, l'influence de la doctrine physiologique. En effet si nous en exceptons l'admission d'un ramollissement partiel asthénique, et la fièvre adynamique essentielle, la plupart des dogmes de M. Rostan sont à peu près conformes à ceux de notre école.

Pour tracer son groupe de symptômes, M. Rostan partage d'abord sa maladie en deux périodes.

Première période. En substance, *phénomènes vagues qui n'ont de valeur que dans la deuxième période*... Cela veut dire que ces symptômes indiquent l'irritation et la congestion du cerveau, états qui peuvent servir de prélude à plusieurs maladies cérébrales; mais si l'on veut parler d'une manière physiologique, on dira que cet état est déjà par lui-même une maladie, mais qu'il n'a pas encore produit de désorganisation dans l'encéphale. Enfin, dire que les prodromes n'ont de valeur que dans la seconde période, c'est dire que les symptômes d'irritation du cerveau ne peuvent nous indiquer l'inflammation de ce viscère que lorsqu'elle est arrivée à la période de suppuration; proposition qui certes ne passera pas comme article éternel de foi dans le formulaire séméïotique de la médecine. Il continue...

Céphalalgie fixe, pouvant durer des mois, vertiges, intellect obtus, idées confuses, expressions brèves, morosité, somnolence, engourdissemens dans les membres, tact obtus, raideur des membres, point de symptôme fébrile, ou rarement; quelquefois démence sénile, rarement strabisme, et état obtus de la vue et de l'ouïe...

Ces phénomènes, dit M. Rostan, sont souvent légers et fort différens des préludes de l'apoplexie. Quoique l'auteur n'en fasse pas des signes du ramollissement, c'est-à-dire de la suppuration du cerveau, je crois que nous pouvons y voir des signes d'une irritation de ce viscère qui tient fortement de l'inflammation, et qui peut en avoir toutes les suites. En effet, l'expérience prouve que l'hémorrhagie *intra* ou *extra* cérébrale, que prépare assez souvent l'état inflammatoire latent, peut survenir aux personnes affectées de cette forme de l'irritation cérébrale, aussi bien que le ramollissement de M. Rostan. L'assertion de cet auteur est donc trop hardie. Il continue; il dit en substance :

Des lésions gastriques peuvent exister; les urines peuvent être trop libres; le pouls est variable; plusieurs inflammations des viscères peuvent s'être formées depuis un temps plus ou moins long.

Tout cela se conçoit à merveille, car un point d'irritation n'en exclut pas plusieurs autres; c'est plutôt le contraire qu'on a coutume d'observer.

Deuxième période. Perte subite ou graduelle des facultés de relation: la connaissance se conserve ou se perd; souvent retour aux relations et rechute, puis mort avec les symptômes adynamiques du professeur Pinel, et avec des engourdissemens et des fourmillemens qui vont être ou qui sont, dès le premier moment, dans les membres affectés de paralysie; ces membres sont raides, mais *rarement convulsés;* face pâle ou injecté; céphalalgie augmentée, si elle existait; se déclarant, si elle n'existait pas; main portée du côté opposé à la paralysie, sur un point correspondant au siége du mal; état comateux; les sens finissent par s'émousser avant la mort; les yeux peuvent être d'abord sensibles, et les pupilles contractées : ensuite cette sensibilité s'émousse, et les pupilles sont immobiles. L'auteur insiste encore sur la céphalalgie, la soif, l'inappétence et les symptômes *adynamiques*, parmi lesquels il place le vomissement, la sensibilité et le météorisme du ventre; mais tout cela peut manquer aussi bien que l'incontinence de l'urine.

Ce groupe de symptômes de la seconde période traduit non-seulement une encéphalite partielle, avec solution de continuité des fibres cérébrales, mais encore plusieurs autres points d'irritations dont les observations rapportées offrent l'exemple. L'entité de M. Rostan est donc déjà fort complexe : voyons la *marche;* elle est déjà tracée : état stationnaire des symptômes pendant quelque temps, ou marche rapide.... Cela doit dépendre ou de l'intensité de l'encéphalite primitive, ou des irritations concomitantes ou secondaires, formant son escorte. En tous cas, voici la succession la plus ordinaire : paroxysmes le soir, décubitus sur le dos ou sur le côté paralysé; puis aggravation plus ou moins prompte des symptômes ci-dessus indiqués dans la seconde période, jusqu'à l'état comateux complet,

la résolution générale, l'oubli de tous les besoins, le stertor de l'agonie, et la mort.

L'auteur fait remarquer qu'ici la marche du mal est l'inverse de ce qu'on la voit dans l'apoplexie, puisque la paralysie et la perte du sentiment sont subitement portées, de prime-abord, au plus haut degré, dans l'apoplexie, et qu'elles y arrivent lentement dans le ramollissement; mais, lorsqu'elles y sont parvenues, loin de tendre à diminuer, comme dans les cas d'apoplexie, elles augmentent plus ou moins promptement jusqu'à la mort. En effet, ces lésions s'aggravent de plus en plus, et se compliquent de symptômes indiquant, dans l'économie, des points de phlegmasie qui s'exaspèrent et se multiplient jusqu'à l'entier épuisement des forces et l'extinction de la vie... Cela paraît d'abord sans réplique. Toutefois, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, en suivant M. Rochoux, les différences caractéristiques des deux entités n'existent qu'autant qu'elles veulent bien suivre la marche régulière qui leur est imposée, et que l'on a calquée sur la majorité des cas, comme si les lois de la nature pouvaient se faire, comme les lois de la société, avec des majorités... Mais des cas contradictoires à ceux qu'on a pris pour exemples peuvent se présenter : l'hémorrhagie de M. Rochoux peut se former dans le ramollissement de M. Rostan, ce qui abrège toutes les lenteurs de l'état ataxo-adynamique, et précipite la mort. De même le ramollissement de M. Rostan, se déclarant immédiatement après l'apoplexie de M. Rochoux, peut empêcher la caverne de marcher tranquillement vers la rétraction nécessaire à la résorption du caillot, et développer toute la série des symptômes adynamo-ataxiques de M. Rostan, prolongés jusqu'à la mort, en place de cette marche progressive vers la guérison qui forme le caractère fondamental de l'apoplexie de M. Rochoux.

Que faire donc pour éviter ces confusions d'entités ?... nous le verrons plus loin en rendant compte de la méthode suivie pour l'examen des mêmes altérations par M. Lallemand.

Les quarante observations rapportées par M. Rostan viennent à l'appui de toutes les réflexions que nous venons de faire sur son entité : elles offrent, selon nous, à peu près autant d'exemples d'encéphalites partielles, siégeant le plus souvent dans les mêmes régions où M. Rochoux nous a déjà montré des hémorrhagies, mais pouvant aussi se présenter dans la substance blanche, non mélangée de matière grise; par exemple, au corps calleux, dans la voûte à trois piliers, dans le septum lucidum, dans les centres ovales, etc. Ces inflammations sont très rarement simples ; elles se trouvent le plus souvent compliquées, soit d'autres formes de l'irritation encéphalique, soit d'une phlegmasie des deux cavités viscérales inférieures, et plus particulièrement de celles de la membrane interne du tube digestif; ce qui donne souvent à la maladie la forme des *fièvres adynamiques de Pinel* ou *fièvres cérébrales* dites apoplectiques : les inflammations du poumon y sont peu communes; mais on y trouve plusieurs exemples d'un état hypertrophique du cœur.

Une remarque importante que nous avons à faire pour continuer de rattacher les travaux de M. *Rostan* à ceux de M. *Rochoux,* c'est qu'un grand nombre des observations du premier rentrent dans ce que M. Rochoux désigne par le titre de *suites de l'apoplexie.* Nous avons vu, en effet, que lorsque l'hémorrhagie de M. Rochoux ne se terminait pas promptement par la guérison, les malades étaient exposés à périr au bout d'un temps plus ou moins long par le ramollissement consécutif, gris ou violet, et même blanc de lait, que M. Rochoux défend si expressément de confondre avec son ramollissement jaune, hémorrhagipare : eh bien ! plusieurs des ramollissemens de M. Rostan se rencontrent chez de vieilles femmes qui avaient éprouvé une ou plusieurs attaques d'hémiplégie, c'est-à-dire de l'hémorrhagie de M. Rochoux, à des époques diverses, et chez qui les cavernes ont été trouvées, après la mort, plus ou moins près, et quelquefois au centre des ramollissemens. Ainsi, dans tous ces cas, nous ne pouvons voir autre chose qu'une phlegmasie chronique consécutive à l'hémorrhagie de l'encéphale.

Les méningites chroniques, soit de la circonférence, soit des ventricules, surtout des latéraux, entraînaient des épanchemens séreux plus ou moins considérables, ce qui souvent était avec démence et paralysie générale incomplète; les tumeurs diverses de l'encéphale, telles que nous les avons vues dans l'ouvrage de M. Rochoux, ont fréquemment précédé et préparé le ramollissement ou l'encéphalite partielle de M. Rostan, comme nous les avons vues précéder ou amener les ruptures hémorrhagiques de M. Rochoux; ce qui prouve que tous les modes d'irritation sont possibles, et même se provoquent ou se remplacent les uns les autres dans l'appareil encéphalique, et même, je pourrais dire, encéphalo-rachidien, comme ailleurs. Rien de plus diversifié que l'ordre de succession et la durée de tous ces phénomènes d'irritation encéphalique, et rien n'est plus rare que des exemples d'encéphalite partielle pure et simple (ramollissement partiel) qui puissent servir de type à l'entité.

C'est au point que M. Rostan, quand il s'agit de tracer la marche générale de la maladie, est obligé, comme nous l'avons vu, de la représenter avec un cortége fébrile, adynamo-ataxique, dont il croit devoir faire ses attributs, quoique ces symptômes dépendent de divers autres points d'inflammations, soit des méninges, soit des viscères inférieurs.

C'est qu'effectivement lorsque l'irritation inflammatoire est bornée à un point rétréci de l'encéphale, elle ne produit point de fièvre, point de ce qu'on appelle *des symptômes généraux;* elle se borne à occasionner des fourmillemens ou des raideurs dans les muscles du côté opposé, ensuite la paralysie de ces muscles, et enfin l'hébétude, la stupeur, le coma, l'embarras de la respiration, la détérioration de la fonction innervative et la mort.

Toutefois cette marche est rare, parce que, si les complications inflammatoires des autres parties de l'encéphale ou des voies digestives n'existaient pas d'abord, elles se développent par l'influence de l'encéphalite partielle qui va toujours s'aggravant, et le groupe ataxo-adynamique se prononce du plus au moins, avant le dernier moment.

Si tous les cas rapportés par M. Rostan eussent été assez inflammatoires, en d'autres termes, si les forces eussent toujours pu suffire à la production de la fièvre et de la chaleur, cet auteur ne se fût peut-être pas cru obligé de partager son entité en deux espèces. Il eût déclaré peut-être que tous les ramollissemens encéphaliques (*partiels*) étaient inflammatoires, comme ceux dont il avait rapporté des exemples, et qui nous ont effectivement paru tels sans exception ; mais il est toujours, dans le nombre des vieillards qui peuplent les hospices, des sujets faibles, quoiqu'ils ne soient pas nécessairement les plus vieux; des personnes dont la sensibilité est obtuse, l'irritabilité languissante, les sympathies et les synergies paresseuses, le cœur

peu excitable, petit ou ramolli, incapable, en un mot, d'exciter, ou du moins d'entretenir la chaleur au degré où la routine la veut pour prononcer qu'il y a fièvre (*fervor*). Or, ce sont de tels sujets qui ont fourni à l'auteur ses exemples de ramollissement non inflammatoires de l'encéphale, quoique, nous le répétons, il ne s'en trouve point, du moins à notre estime, qui rentrent exactement dans cette catégorie, parmi ceux dont les exemples sont rapportés dans l'ouvrage.

C'est donc d'une manière générale, et sur des souvenirs de faits non rapportés par l'auteur, que ce ramollissement non inflammatoire est décrit, et voici les traits qu'on lui donne à l'article du traitement; nous les avons tirés de là, parce qu'ils y sont mieux exprimés que dans tout le reste de l'ouvrage. « Stupeur des sens, somnolence, pesanteur des membres, paralysie sans délire, *sans symptômes pléthoriques*, sans force, sans développement du pouls, sans chaleur de la peau; face pâle, décolorée, yeux ternes, languissans; sujet grêle, débile. »

Tels sont les sujets que l'auteur recommande de ne point débiliter, et qu'il conseille de traiter par les rubéfians appliqués sur diverses parties du corps, sur les membres, la nuque, la tête même; par les irritans, soit ingérés, soit pris en lavemens, tels que les drastiques à diverses doses, attendu que les phlegmasies du tube digestif, que M. Rostan regarde comme assez communes dans les autres cas, sont *peu à redouter*. Il prescrit même les toniques, les excitans aromatiques dans la dernière période, lorsque la face est pâle, décolorée, les lèvres violettes, la peau froide, la langue noirâtre, enduite d'une mucosité filante, le pouls petit et concentré; l'abattement porté au dernier degré, c'est-à-dire, selon nous, lorsque l'agonie est imminente ou même bien formée par suite des progrès du mal et de l'extension de l'inflammation.

Il faut convenir aussi, pour être juste, que M. Rostan admet des nuances intermédiaires entre cette *asthénie pure* et le ramollissement inflammatoire, et qu'il conseille de combiner en conséquence les moyens curatifs.

Si l'on se rappelle ce qui a été dit à l'occasion de M. Rochoux, on sait déjà que le défaut de la couleur rouge, grise ou verdâtre dans les ramollissemens, n'atteste pas qu'ils ne soient point de nature inflammatoire. Si l'on convient, avec nous, que l'irritation peut agir sur les tissus jusqu'au point de les ramollir et de les réduire en pulpe, sans qu'on y voie figurer des globules ou des filets sanguins en masses un peu considérables, on sentira que le caractère non inflammatoire, c'est-à-dire purement asthénique, des ramollissemens de l'encéphale, n'était pas facile à établir d'après les ouvertures de cadavres. Aussi, M. Rostan s'y est-il fort peu arrêté; il a mieux aimé tirer ses caractères du groupe de symptômes; il n'a pas cru, en conscience, pouvoir admettre l'inflammation de quelque viscère que ce fût dans des corps aussi appauvris que ceux dont il nous a donné la description; aussi n'a-t-il rien négligé pour que sa peinture de l'asthénie vivante fût assez fortement colorée pour frapper tous les yeux, pour faire taire toutes les objections, et ne laisser, en un mot, aucun motif de réclamation aux partisans de l'opinion contraire.

Toutefois, ceux-ci ont réclamé; ils ont dit, d'un commun accord, ce que nous répétons depuis la publication de l'*Histoire des phlegmasies* (1809): que la faiblesse et l'âge avancé n'excluaient point l'inflammation; qu'elle pouvait et devait se comporter autrement chez les sujets débiles que chez les robustes, c'est-à-dire être moins sanguine, moins chaude, plus difficile à résoudre, plus promptement désorganisatrice chez les premiers que chez les derniers; mais qu'elle n'en était pas moins une inflammation. M. Rochoux lui-même a été de cet avis dans sa dernière édition, et s'en est référé, sur ce point, à l'opinion si nettement exprimée par M. Lallemand.

Toutefois, celle que M. Rostan exprimait en 1823 compte encore des partisans. Nous ignorons s'il la professe aujourd'hui dans les mêmes termes, et nous voulons en douter jusqu'à ce qu'il l'ait exprimée lui-même dans une nouvelle édition; car M. Rostan nous paraît être dans le progrès, et n'a sans doute pas juré de ne point abandonner ses premières croyances, s'il vient à découvrir qu'elles ne sont pas bien assises sur les faits.

Nous ne pouvons nous dispenser ici de relever un argument dont ce professeur s'est servi pour établir la possibilité du ramollissement non inflammatoire de l'encéphale : de ce que ce ramollissement eût été trouvé cent fois de suite inflammatoire, on ne pourrait pas conclure, assure l'auteur, qu'il doit toujours l'être, attendu qu'il peut s'offrir un cent-et-unième cas où il ne le sera pas (1). Certes on ne saurait réfuter l'argument de M. Rostan ainsi posé; mais il n'en est pas moins vrai qu'il conduit à un scepticisme dont les suites peuvent être graves, et voici comment :

Ce qu'il dit du nombre cent peut être appliqué à celui de mille et à tout autre, quelque élevé qu'on puisse le supposer. Alors, comment un médecin, procédant d'après ce principe, acquerrait-il une conviction sur la nature inflammatoire ou asthénique d'une maladie quelconque?

D'autre part, comme le traitement diffère essentiellement dans les deux natures en question, si le médecin doute toujours, il sera réduit à ne rien prescrire d'énergique, et les pneumonites, et les pleurites, et les péricardites, et les péritonites et les gastro-entérites, etc., iront leur train, ou courront risque d'être exaspérées par un traitement opposé à leur véritable nature.

Je sais très bien quel moyen de sortir d'embarras va nous être proposé par bien des personnes. Ce moyen consistera sans doute à bien retenir la physionomie du groupe de symptômes qui se présente dans les cent cas inflammatoires, afin de bien saisir le disparate dans le cent et unième cas, s'il arrive qu'il ne soit pas inflammatoire; mais si l'on prouve aux médecins qui feront cette réponse, que dans l'encéphalite partielle *très circonscrite*, pure et sans complication, il ne peut pas y avoir, sur les fonctions circulatoire, respiratoire, sécrétoire, et sur la génération de la chaleur individuelle, des influences assez fortes pour produire une exaltation considérable d'action, quelle que soit la force des sujets; si l'on fait voir, d'autre part, que la nature du ramollissement est la même, soit qu'il y ait, soit qu'il n'y ait pas excès de forces habituelles dans le sujet, ni production de symptômes offrant momentanément l'image de cet excès de forces; si on leur démontre que le défaut de réaction circulatoire, le défaut de réaction convulsive, de plaintes, de délire, et même la perte totale de tout mouvement musculaire, et de tout rapport sensitif et intellectuel, correspondent plus souvent (hors les cas d'épuisement, d'agonie) à l'excès qu'au défaut de l'irritation des centres nerveux, puisque c'est cet excès qui y accumule les fluides et y détermine la compression, je

(1) Ouvr. cité.

ne sais plus comment les médecins qui auront proposé le moyen de diagnostic dont il s'agit, pourront en faire l'application au lit des malades.

L'argument qu'employait en 1823 M. Rostan pour s'excuser de ne pas donner le nom d'encéphalite aux ramollissemens partiels, n'est donc que spécieux. Il est une conviction, une foi médicale qui vient avec la répétition de l'observation, et qui ne peut être séduite par les subtilités de la dialectique. Or, dans le cas présent, cette conviction nous vient, comme elle est venue à M. Lallemand, par les ouvertures multipliées qui donnent occasion de comparer la lésion locale chez un grand nombre de sujets d'âges, de constitutions et de forces différentes; par l'observation des causes ou des modificateurs externes, sous l'influence desquels cette lésion est survenue; enfin par l'influence qu'elle a reçue dans ses progrès en mieux ou en pire des divers moyens de traitement, suivant les systèmes des divers praticiens, et par les épreuves et les contre-épreuves que l'on a pu faire soi-même de ces moyens. Voilà vraiment le principal point de doctrine que nous trouvions à relever dans l'ouvrage de M. Rostan.

Quoique ce professeur prenne toutes les précautions que la prudence lui suggère pour bien caractériser son entité, il se trouve forcé de convenir qu'elle ne peut être constatée que par l'ouverture des cadavres, et que, par conséquent, il n'est pas certain de l'avoir guérie dans deux cas où il en a fait disparaître les prodromes, ou même la première période déjà assez prononcée (p. 171 et 172).

Voilà toujours l'écueil des anatomo-pathologistes purs qui s'exercent à créer, par un certain nombre d'histoires terminées par la mort, des entités morbides dont ils puisent les caractères dans la dernière période de l'affection principale; ou dans la désorganisation et la mise définitive hors de fonctions de l'organe qui en est le siége. Comme M. Rochoux, M. Rostan n'a fait commencer sa maladie qu'au moment où la continuité des fibres cérébrales de mouvement a été rompue, et prenant cette méthode pour le plus haut degré de la perfection en médecine, et ce modèle de maladie comme le seul que la saine raison autorise, il nous a déclaré que les symptômes d'une maladie ne suffisent pas pour la caractériser (*ibidem*).

Si l'on suivait ce modèle dans la manière de concevoir toutes les maladies, comme le proposent tous les anatomo-pathologistes exclusifs, car il ne s'agit pas ici de la personne de M. Rostan, mais d'une méthode d'instruction; si l'on suivait ce modèle, disons-nous, il n'y aurait d'autres maladies que celles qui dépendraient de la détérioration des organes, telle qu'on peut la rencontrer dans les cadavres. Il en résulterait que tous les phénomènes morbides qui préparent et amènent les lésions de structure, ne seraient rien que des ombres fugitives qu'il n'y aurait nul mérite à faire disparaître; que tous les médecins qui ne vivent pas au milieu des morts dans les hôpitaux, seraient condamnés à passer leur vie au milieu des *chimères;* que ceux même des hôpitaux qui n'auraient pas ouvert leurs malades, seraient dans une telle ignorance, malgré leurs ouvertures passées, sur la nature des maux dont ils les auraient délivrés, qu'ils n'aborderaient jamais une maladie qu'avec incertitude sur sa nature, et hésitation sur les moyens qu'il serait convenable de lui opposer.

C'est une singulière doctrine que celle de ne vouloir reconnaître les maladies que lorsqu'elles sont parvenues au degré où on les trouve dans les cadavres, c'est-à-dire à l'agonie; c'est un singulier aveuglement que celui de s'obstiner à ne vouloir pas étudier les phénomènes qui préparent ces agonies, et de se condamner à ne jamais savoir comment les arrêter, et comment prévenir le foudroiement des organes. Telles sont pourtant les conséquences du refus obstiné d'étudier l'irritation pour se borner à l'étude de la désorganisation. Mais nous espérons bien que la masse de la génération qui s'élève reviendra de ces erreurs, et que justice sera rendue à la bonne méthode.

Après avoir posé les symptômes de son entité telle qu'il la conçoit, M. Rostan la compare avec toutes les maladies qu'il croit capables de la simuler : c'est le diagnostic différentiel, dont l'idée n'est pas d'aujourd'hui, car les séméiologistes ont épuisé ce moyen; et nous avons déjà vu que M. Rochoux en avait fait usage dans l'espoir de mieux caractériser sa maladie. Notre auteur en use de même : c'est une ressource précieuse pour les monographes, qui, sans l'accumulation d'une foule de faits détaillés, plus ou moins rapprochés ou éloignés de leur maladie, ne produiraient que des mémoires et n'auraient pas assez d'étoffe pour faire de gros livres, à moins de cumuler à supersatiété les observations particulières. Il est pourtant juste de dire que M. Rostan s'est contenté de décrire les maladies qu'il compare à son ramollissement, et qu'il n'a pas enflé son livre d'observations de maladies dont il ne traitait pas, comme l'a fait M. Rochoux, qui n'a pas moins traité, dans sa Monographie des maladies qui ont quelque rapport avec la sienne, que de la sienne même.

Parmi les maladies que M. Rostan compare au ramollissement, nous en trouvons plusieurs touchant lesquelles l'équivoque nous paraît impossible; mais en revanche, il y en a quelques unes où elle est si facile, que, de l'aveu de l'auteur, la distinction est impossible. J'y vois d'abord un fait d'hémorrhagie entre la pie-mère et l'arachnoïde; une autre d'hémorrhagie entre cette même membrane et la dure-mère; une autre encore d'induration du cerveau, d'un côté, avec hémorrhagie dans les méninges.

Dans tous ces cas, les prodromes congestifs ont donné le premier signal; les membres opposés ont été fourmillans ou tiraillés; les facultés intellectuelles ont plus ou moins souffert; et enfin, lorsque la paralysie opposée s'est déclarée, elle n'a plus cédé et s'est accrue jusqu'à la mort, en même temps que s'accroissaient les troubles de l'intelligence, que se formait l'état comateux, et que divers points d'irritation se développaient dans les cavités viscérales.

Que faut-il de plus pour établir que le groupe de symptômes de M. Rostan correspond à plusieurs formes d'altérations organiques de l'encéphale, et que, par conséquent, il n'est nullement caractéristique du ramollissement partiel de cet appareil?

Ajoutons à cela que dans plusieurs exemples, également rapportés par M. Rostan, de tumeurs squirrheuses et inflammatoires traumatiques, la marche et la terminaison ont été les mêmes, à quelques douleurs et convulsions près, qui peuvent manquer, puisque cela dépend de la susceptibilité des sujets dont les variétés sont infinies; ce qui se trouve aussi prouvé par d'autres observateurs; et nous serons forcés de conclure que l'entité morbide de M. Rostan ne peut rester telle qu'il l'a conçue.

A l'instar des autres anatomo-pathologistes exclusifs, notre auteur ne traite des *causes* qu'après avoir épuisé les symptômes et leurs diverses complications : il les énumère en effet, mais c'est d'une

manière pure et simple, sans aucune explication physiologique sur leur mode d'action. On trouve dans ses pages une liste d'excitans qui sont sans contredit ceux qui produisent aussi les autres affections irritatives du cerveau ; mais au lieu de nous dire que ces causes agissent soit en cumulant le sang dans la pulpe nerveuse, soit en déterminant un mode d'action qui peut ou l'enflammer ou l'asthénifier au point de la rendre fragile et ramollissable plutôt dans un point que dans un autre, on se contente de l'assertion vague qu'elles peuvent produire le ramollissement. Par cette méthode, l'auteur évite de se compromettre : il prévient les objections que des explications trop physiologiques pourraient élever contre sa distinction toute brownienne des deux ramollissemens, et contre sa prétention de ne faire commencer la maladie qu'à l'époque de la solution de continuité du cerveau, c'est-à-dire à l'invasion de la paralysie. Mais il se prive aussi des données que l'hygiène aurait pu lui fournir pour prévenir cette même *maladie,* c'est-à-dire qu'en dérobant aux yeux des lecteurs la part que prennent les irritans extérieurs à la production et à l'entretien de l'inflammation partielle et solutive du cerveau, il les empêche de découvrir les moyens les plus efficaces d'en arrêter les progrès.

Le traitement indiqué par M. Rostan pour le ramollissement auquel il accorde le caractère inflammatoire, est fondamentalement antiphlogistique ; mais nous n'approuvons pas la concession qu'il fait de plusieurs stimulans, soit internes, soit même externes, à titre de révulsifs, et nous préférons la thérapeutique toute physiologique de M. Lallemand; thérapeutique d'ailleurs qui, peut-être, deviendra ou est devenue celle de notre auteur.

Il résulte de ce qui vient d'être dit, que la doctrine médicale de M. Rostan était mixte en 1823, mais toutefois plus physiologique que brownienne, empirique ou éclectique. Quant à son genre de foi sur le mécanisme de l'action nerveuse, nous ne savons trop qu'en dire; elle est faiblement exprimée dans cet ouvrage. M. Rostan s'en rapportait encore à MM. Foville et Pinel-Grandchamp, sur les rapports des affections des corps striés et des couches optiques avec les paralysies des membres inférieurs et supérieurs. Il leur accordait aussi que la substance grise de l'encéphale pouvait être l'organe des facultés intellectuelles. Toutefois, comme il n'a point approfondi ces questions, nous ne prendrons point à tâche de les discuter, ni de les controverser avec lui ; M. Rostan doit avoir présentement, sur la pathologie, comme sur la physiologie proprement dite, des opinions différentes de celles qu'il avait en 1823 ; car les faits s'accumulent, la science ne cesse de marcher, et nous ne saurions croire qu'il ait renoncé à la suivre dans ses progrès.

CHAPITRE IX.

APPLICATION DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE AUX MALADIES DES VENTRICULES ET DE LA PÉRIPHÉRIE DE L'ENCÉPHALE.

Nous venons de voir l'inflammation, l'hémorrhagie et la subinflammation dans les lobes du cerveau et du cervelet, et dans la protubérance annulaire. Les auteurs où nous les avons étudiées n'ont point rapproché ces maladies, ils ont fait au contraire tout leur possible pour les isoler, et pour les ériger en des entités dont chacun d'eux se constituait l'historien et s'efforçait de faire ressortir l'importance. Mais il est d'autres maladies encéphaliques dont nous n'avons encore dit que peu de choses, et c'est de celles-là que nous allons présentement discourir.

Il s'agit des irritations dont le principal siége est dans l'intérieur des ventricules latéraux, et qui peuvent se propager dans le troisième et le quatrième ventricule, et de celles qui affectent la périphérie de l'encéphale, où elles occupent le plus souvent les membranes qui sont le plus en rapport avec la substance nerveuse.

Les anatomo-pathologistes ont vraiment fait des recherches curieuses et fécondes sur ces maladies, mais ils les ont traitées comme celles de la substance profonde, c'est-à-dire qu'ils les ont isolées les unes des autres par des monographies dont les conclusions constituent la doctrine présentement admise parmi nous sur ces affections. Avant d'aller plus loin, nous voulons dire notre opinion sur les fonctions des différentes parties *de* l'encéphale, nous l'avons déjà énoncée dans notre *Cours de pathologie et de thérapeutique générales ;* mais nous espérons que ces pages paraîtront avant les Leçons de pathologie où nous en avons traité, et d'ailleurs nous ne sommes pas fâché de revenir sur un sujet de cette importance.

On a fait voir qu'il y avait plus de nerfs destinés au sentiment, que les anciens ne l'avaient cru, puisqu'ils n'y plaçaient guère que l'optique, la portion molle de l'acoustique et l'olfactif ; les autres leur semblaient pouvoir servir indifféremment au sentiment ou au mouvement, suivant la destination que recevaient leurs cordons.

Maintenant on sait que les fibres de mouvement se tressent souvent avec celles de sentiment dans leur trajet, et que les unes et les autres ont des points d'insertions différens dans le prolongement rachidien. Il n'est pas possible non plus de douter que les paires qui s'insèrent à la base et au centre de l'appareil encéphalique, n'y tiennent par deux ordres de racines, les unes destinées à la sensibilité, et les autres au mouvement, lorsqu'ils ont à remplir cette double fonction dans leur trajet.

Cela posé, nous professons l'opinion que la substance blanche qui dans la moelle épinière est postérieure, et donne insertion aux racines du sentir, conserve ce rôle en pénétrant dans le crâne, et de bas en haut, dans le quatrième ventricule, dans le troisième, dans les ventricules latéraux et dans les deux lames du septum lucidum ; nous ne savons pas d'une manière précise si la surface supérieure du corps calleux est insensible, mais si la sensibilité proprement dite n'est pas à cette surface supérieure, comme nous le présumons, les fibres qui la composent doivent avoir des fonctions qui se rattachent à cette faculté, comme en étant une continuation.

Nous croyons que toutes les fibres blanches des régions qui viennent d'être nommées sont consacrées, les unes au sentiment, les autres à la pensée, qui en est une des conséquences ; qu'après avoir été directement ascendantes jusqu'à la partie supérieure du bulbe rachidien, les fibres de la surface postérieure de la moelle deviennent divergentes, et se rendent, les inférieures dans les lobes du cervelet, les supérieures dans les hémisphères du cerveau, pour y communiquer avec les fibres du mouvement musculaire.

Nous ne pouvons encore dire de quels points partent ces dernières ; mais nous pensons qu'il est de toute nécessité qu'elles soient en communication dans la substance, et non loin de la périphérie du cervelet et du cerveau, avec celles du sentiment et de la pensée. Il nous paraît aussi que cette communication doit se faire dans la substance grise qui doit toujours s'y trouver entremêlée. Voici comme nous formulons notre pensée à cet égard.

De tous les points de la périphérie du cerveau et du cervelet, et de la substance grise qui s'y trouve, partent des fibres rentrantes et convergentes qui sont toutes de mouvemens musculaires. Celles du cerveau viennent former les pédoncules de ce viscère ; celles du cervelet, fournissent les unes ses pédoncules et se réunissent sur la protubérance ; les autres, les corps restiformes, car les *processus cerebelli ad testes* nous paraissent être les fibres de sentiment qui vont tapisser les ventricules du cervelet, et qui seraient aussi bien nommées *processus testium ad cerebellum*. Ce qui nous semble également certain, c'est que les fibres des corps restiformes sont de mouvement, et qu'elles descendent avec celles des pédoncules du cerveau jusqu'à l'extrémité de la moelle, établissant ainsi la communication du cervelet avec tout l'appareil musculaire.

Nous disons maintenant : 1°, la surface blanche venant de la moelle, pour tapisser les parois des quatre ventricules, donne aux nerfs cérébraux les racines du sentiment ; 2°, la substance blanche provenant des pédoncules du cerveau et du cervelet et des corps restiformes leur donne des fibres du mouvement musculaire. Même mécanisme tout le long de la moelle, et sur les parties latérales au point de contact des fibres et des cordons antérieurs du mouvement, et du cordon postérieur ou de sentiment.

Voyons maintenant ce que produit l'irritation inflammatoire agissant sur les divers ordres de fibres du sentiment et du mouvement.

1° Placez l'irritation dans les fibres rentrantes avant qu'elles forment, ou lorsqu'elles ont formé les pédoncules du cerveau, aussitôt vous aurez des convulsions dans les muscles du côté opposé; et dès que cette irritation aura produit la solution de continuité, soit par l'épanchement, soit par la suppuration ou le ramollissement, les muscles convulsés deviendront paralytiques; c'est ce qui résulte des travaux de MM. Rochoux et Rostan, et surtout des beaux rapprochemens de M. Lallemand. Dans l'un comme dans l'autre cas, les lésions du sentiment et de la pensée seront en raison de l'irritation qui sera communiquée aux fibres centrales formulant le système du corps calleux, et en raison de la congestion générale des hémisphères; mais la douleur n'existera pas.

2° Placez l'irritation au-dessous de l'entrecroisement du bulbe rachidien, et d'un seul côté seulement, c'est-à-dire dans le trajet de la moelle: mêmes phénomènes par suite des résultats de cette irritation, mais du côté correspondant à l'irritation, et au-dessous de la lésion, à moins que la congestion ne devienne assez considérable pour léser toute l'épaisseur du cordon médullaire, cas qui affecte le mouvement et la sensibilité de l'un et de l'autre côté à des degrés dont les variétés correspondent à ceux de la lésion organique.

3° Placez l'irritation dans le centre de la protubérance annulaire, ou mieux du bulbe rachidien, paralysie de quatre membres, et même de tous les muscles de la locomotion et de la voix, le sentiment restant intact; mais si la congestion devient assez forte pour presser la substance médullaire contre les parois osseuses, elle annule toutes les fonctions du point affecté, et la sensibilité se trouve lésée comme dans le trajet de la moelle. Cette lésion entraîne ordinairement à la mort, parce que le besoin de la respiration ne peut plus être ni perçu, ni satisfait, attendu que le bulbe rachidien est le point où s'insèrent les racines du nerf pneumogastrique. On conçoit des nuances de lésion où le sentiment et le mouvement peuvent s'exécuter péniblement; mais comme l'espace est peu étendu, et qu'il est bientôt envahi par la désorganisation, la mort est ordinairement le terme de cet état de lutte douloureux; car les muscles respirateurs, qui s'insèrent au-dessous de l'altération organique, ne peuvent plus communiquer avec le point d'insertion de la huitième paire qui vient d'être détruit et ne peut plus provoquer des mouvemens inspirateurs.

Voilà l'histoire très sommaire des lésions du mouvement, voyons celle du sentiment et de la pensée.

4° Placez l'irritation dans les ventricules latéraux, vous aurez la douleur rapportée à la tête, et vous l'aurez par excellence, si l'irritation est vive et dans le mode inflammatoire aigu; mais aussitôt que celle-ci aura produit l'accumulation d'un liquide, l'assoupissement se déclarera. Il sera d'abord fréquemment interrompu par la douleur, puis il restera prédominant jusqu'à la mort. Les convulsions seront passagères, et s'observeront plus fréquemment dans les muscles des yeux, dans ceux de la face, et dans les respirateurs supérieurs; car le troisième ventricule, et toute la base du cerveau, où s'insèrent les nerfs de ces organes, seront irrités et compromis. L'abolition générale du sentiment sera en raison directe de la compression des hémisphères du cerveau par l'épanchement, produit de l'irritation, qui les ira pressant de plus en plus contre l'intérieur de la boîte osseuse. La paralysie ne sera donc point ici directe ni primitive, comme dans les maladies des fibres de mouvement; elle sera d'abord consécutive à la perte du sentiment et de la pensée; ensuite elle sera le résultat définitif de la torpeur du cerveau, comprimé, ramolli, désorganisé, etc.

5° Placez l'irritation à la surface du corps calleux, entre ce corps et les deux replis des hémisphères, elle n'y sera pas douloureuse, si elle est locale et circonscrite, comme elle le serait dans les ventricules, quoique elle puisse déterminer quelques douleurs; mais on manque de faits suffisans sur les résultats de semblables irritations: ce que l'on sait pourtant, c'est que si l'irritation y engendre des produits qui compriment, elle pourra causer des convulsions intermittentes, et ensuite l'état obtus et l'abolition du sentiment et de la pensée, d'où résultera la torpeur musculaire; mais les muscles respirateurs et ceux des sens ne souffriront pas comme dans les affections des ventricules, parce que le mal ne tend pas à envahir la base de l'appareil encéphalique. Ici encore point de lésion primitive ni directe du mouvement musculaire; mais, pour résultat commun, l'impossibilité de penser et la perte du sentiment de tous les rapports aussitôt qu'arrive la période de compression.

6° Placez l'irritation à la périphérie du cerveau, vous aurez des phénomènes morbides différens, suivant son siége et ses effets. Supposez-la siégeant sur le sommet des hémisphères et circonscrite: produira-t-elle un épanchement de sang qui puisse déprimer un hémisphère? paralysie des muscles du côté opposé. Un abcès, une tumeur quelconque circonscrite, également déprimante, occupant la même région, occasionneront le même accident précédé ou non de fourmillemens, de convulsions, s'il y a eu solution dans la substance nerveuse, ou phlegmasie locale des méninges... Des fongosités, des tumeurs sanguines, etc., s'y seront-elles développées? paralysies opposées, s'il y a dépression du lobe; mais si les os cèdent sans cette dépression, il n'y aura que des tiraillemens musculaires opposés, des raideurs, des convulsions, des lésions diverses des sens, et la paralysie viendra difficilement... Est-ce une phlegmasie circonscrite, intéressant à la superficie la substance cérébrale grise, et même un peu la blanche, ou l'endurcissant: que vous voulez supposer dans ces mêmes régions? vous observez des phénomènes convulsifs divers, le plus souvent opposés; mais s'il n'y a pas compression exercée sur le lobe, point de paralysie opposée non plus que dans les précédentes lésions.

Enfin vient l'irritation étendue de l'arachnoïde, ou plutôt de la pie-mère, enveloppe vasculaire sanguine, en contact immédiat avec la substance grise dans toute cette étendue, jusqu'au revers des circonvolutions où se rassemblent les fibres blanches qui doivent former les pédoncules du cerveau et du cervelet. Maintenant voici quatre cas principaux qu'il faut d'abord poser:

1° Que l'irritation règne primitivement au degré de l'inflammation aiguë dans ce réseau vasculaire, il en résulte trois ordres de phénomènes: (*a*) des douleurs céphalalgiques enveloppant plus ou moins les hémisphères; (*b*) le délire que précède l'embarras des idées; (*c*) les convulsions ou la disposition convulsive des muscles volontaires et respirateurs qui présentent souvent l'endolorissement et la torpeur. L'état obtus, la somnolence, et la perte des rapports, en sont le terme au bout d'un temps plus ou moins

long, lorsque l'époque de la compression et de l'épuisement de la force nerveuse est arrivée.

2° Que l'irritation se développe secondairement dans les fibres des hémisphères et de tout le cerveau par l'influence d'un point de phlegmasie viscérale, elle vient aboutir dans la pie-mère qu'elle injecte, et tend à produire les mêmes symptômes que la méningite primitive, c'est-à-dire le délire, la céphalalgie et les convulsions; mais elle les produit moins violens, à moins qu'elle ne s'élève au degré de la méningite primitive. Ce sont ici les symptômes nerveux des fièvres jadis appelées adynamiques et ataxiques...

3° Que l'irritation se développe primitivement dans les fibres nerveuses du sentiment et de la pensée (j'y comprends celles du cervelet), par des causes, soit morales, soit physiques, de manière à occasionner le délire, sans que l'inflammation soit portée au point de produire la suspension de la locomotion et de la nutrition, ou d'occasionner un état fébrile prononcé; le délire et la perversion des phénomènes affectifs et des instincts restent les symptômes prédominans, et la maladie est dite *folie*. Eh bien! dans ce cas-là, comme dans le précédent, l'irritation vient encore congester la pie-mère, et la méningite est imminente, ou bien même elle existe sous une forme subaiguë, ou sous une forme tout-à-fait chronique, soit continue, soit intermittente.

4° Après ces trois cas fondamentaux, il s'en présente un quatrième non moins important. Supposez que la pie-mère, après avoir reçu l'irritation inflammatoire de l'une des trois sources indiquées, la conserve, et qu'il s'établisse une inflammation chronique, attaquant simultanément la périphérie médullaire des hémisphères du cerveau, la pie-mère et l'arachnoïde cérébrale et cérébelleuse, vous aurez, au bout d'un temps plus ou moins long, la démence et la paralysie générale.

N'est-il pas clair que, malgré la différence des symptômes, dans tous les cas que nous venons de passer en revue, la nature de la maladie est toujours la même? Résumons-nous, mais en suivant une marche inverse de celle que nous avions d'abord prise.

1° *Irritation* dans les fibres du sentiment qui occupent l'intérieur des ventricules, douleur, convulsives par la douleur; et aussitôt que la compression et la congestion existent, perte des relations, destruction de l'innervation générale et mort. 2° *Irritation* à la périphérie, voisine du point où les nerfs du sentiment et de la pensée sont en rapport avec les nerfs du mouvement, douleur, délire et convulsions. 3° *Irritation* dans les fibres rentrantes venant former ou ayant formé les quatre pédoncules, etc., fibres qui sont exclusivement pour l'action musculaire, tiraillemens, fourmillemens violens dans les muscles, sans douleur; et aussitôt que les fibres ont souffert la solution de continuité, paralysie croisée au-dessus de la décussation du bulbe rachidien, et directe au-dessous.

Voilà vraiment les trois formes radicales des irritations de l'appareil encéphalique; toutes les autres n'en sont que les complications ou les suites, ainsi qu'on peut le conclure des réflexions et des rapprochemens faits par M. Lallemand (1).

Disons maintenant quelques mots des principaux auteurs qui ont éclairé, par des monographies ou des mémoires, ces cas en apparence si différens; car les bornes qui nous sont imposées dans cet ouvrage ne nous permettent plus de longs détails.

(1) Nous parlerons ailleurs des effets des lésions du cervelet.

Ce fut sous le nom d'*hydrocéphale aiguë* que l'inflammation des ventricules du cerveau prit place dans la pathologie, lorsque Fothergill, après plusieurs autres médecins, soit français, soit anglais, en eut publié des observations particulières. Odier, de Genève, lui donna pour signe spécial l'oscillation des pupilles, symptômes dont il venait de faire la découverte. Plusieurs autres observateurs s'en occupèrent; mais Coindet la fit connaître mieux encore par une bonne *Histoire anatomique*, etc., qu'il en donna. On y voit la prolongation de l'épanchement des ventricules dans le rachis, la coïncidence de tubercules, de kystes dans la substance cérébrale; cas qui rentrent dans ceux observés par M. Rochoux. On y trouve aussi des ramollissemens cérébraux, des méningites plus ou moins étendues; plus, la complication des phlegmasies abdominales, désignées sous les noms d'altérations lymphatiques du foie et du mésentère, car les gastrites et les entérites n'étaient pas encore à l'ordre du jour parmi les médecins genevois; enfin jusqu'à des affections du péricarde et autres phlegmasies des membranes séreuses; ce qui fait voir combien sont vaines les prétentions de ceux qui veulent mettre tous les symptômes et tous les désordres sur le compte de la maladie qu'ils ont entrepris de monographier, et prouve la nécessité de suivre de l'œil le phénomène de l'inflammation dans tous les organes qu'il peut successivement envahir, aussitôt qu'un premier point de phlegmasie a pris assez d'intensité pour provoquer l'état fébrile. Toutefois nous devons convenir que cette vérité, qui appartient à la doctrine physiologique, ne pouvait être révélée que par les recherches que l'on était porté à faire pour étudier et mettre au net les entités morbides des auteurs.

D'autres médecins, parmi les Français, ont encore publié des travaux sur les maladies inflammatoires, où l'hydrocéphale aiguë paraissait jouer le premier rôle, et l'on était parvenu, avec ces données, réunies à celles de Coindet, à la diviser en deux espèces, l'une active et vraiment inflammatoire, l'autre passive, sorte d'inflammation lymphatique, que personne sans doute n'a mieux comprise que ceux qui l'avaient inventée. Mais c'était alors la mode: un reste de brownisme, introduit par Pinel, obligeait tous les auteurs qui écrivaient sur les inflammations à les partager en actives et en passives, et ces dernières étaient ou lymphatiques ou nerveuses. N'est-ce pas cette impression que nous avons reconnue dans l'ouvrage de M. Rostan et que les progrès de la bonne doctrine ont fait disparaître dans celui de M. Rochoux, sans que d'ailleurs il en ait eu le moindre soupçon?

Au surplus, nous passerons sur tous ces travaux pour arriver au mémoire de M. Dance, dont la doctrine fait encore loi dans l'école de Paris.

Travail de Dance sur l'hydrocéphale aiguë.

Cet auteur a construit son entité avec des observations terminées par la mort. Cela fut excusable autrefois; mais aujourd'hui les progrès de la méthode physiologique font une loi de ne conclure, sur une maladie quelconque, qu'après l'avoir considérée dans ses rapports avec toutes les autres affections d'organes qui peuvent, ou la déterminer, ou être provoquées par elle, qu'après l'avoir prise dans son berceau, et avoir eu des exemples des avortemens, des récrudescences qu'elle peut éprouver par certaines causes, et des influences qu'exercent sur elle les différens modificateurs qu'on lui oppose.

Or, les hydrocéphales citées par Dance ont toutes été fort mal traitées; elles ont marché d'un seul jet vers la destruction, à l'exception de celle qui, guérie en apparence, récidiva par l'influence d'une émission volontaire de sperme; nul ne peut donc conclure de la marche qu'elles ont suivie à la marche nécessaire de cette phlegmasie, sans tomber dans l'erreur la plus déplorable.

L'auteur se trouve souvent embarrassé par la ressemblance de quelques autres phlegmasies cérébrales avec celle qu'il veut faire connaître mieux qu'on ne la connaissait avant lui. C'est parce qu'il n'a pas assez senti que tout ce qui irrite et comprime l'encéphale peut fournir des symptômes plus ou moins analogues à ceux des irritations des ventricules. C'est ainsi que ce qu'il appelle *hypertrophie du cerveau* se confond avec l'hydrocéphale. Cette hypertrophie est en effet une irritation de nature inflammatoire, dans laquelle le sang, en stimulant le centre nerveux, produit d'abord de la douleur, des convulsions, et ensuite l'abolition des sens, de l'intellect et des mouvemens musculaires, phénomènes qui doivent avoir beaucoup de ressemblance avec ceux de la maladie traitée par Dance.

Il en est ainsi de certaines méningites de la circonférence; et la ressemblance est d'autant plus grande, qu'elles prédominent davantage à la base, puisque plusieurs des symptômes de l'hydrocéphale aiguë dépendent moins de l'irritation des ventricules que de celle de la base du cerveau, qui, d'ordinaire, s'y ajoute.

Il est bon de tenir note des symptômes qui correspondent à chaque siége et à chaque nuance de l'inflammation d'un appareil; mais vouloir absolument faire de ces irritations partielles, si rarement simples, des maladies particulières, c'est une prétention que l'expérience ne justifiera jamais.

Aussi Dance n'a-t-il pu parvenir à trouver un nombre suffisant d'exemples de son entité dégagée de toute complication, et s'est-il vu forcé de déclarer, après les nécroscopies, que tantôt la toile arachnoïdienne conduisait l'inflammation à la base, que tantôt l'inflammation ne se déclarait dans les ventricules qu'après avoir régné à la surface convexe, tandis que, dans d'autres cas, elle semblait avoir suivi une route inverse; ce qui, joint à ses cas d'hypertrophie aiguë, c'est-à-dire d'inflammation méningo-encéphalique, achève de mettre le comble aux difficultés qu'il s'efforce en vain de surmonter.

Au surplus, il note parfaitement l'influence de la méningite de la base sur la raideur de la tête et du col et celle de l'irritation et de la réplétion des ventricules sur les yeux, qui en deviennent convulsés et roulans, pendant que les pupilles sont oscillantes, comme l'avait indiqué Odier; il parle aussi des cris dits hydrencéphaliques qui interrompent la somnolence, produisent l'agitation convulsive, signes qui indiquent que l'inflammation attaque le centre de la sensibilité; mais ces faits ne pouvaient lui servir à établir son entité d'une manière indépendante, puisque souvent ils ne sont que consécutifs à l'inflammation de la surface convexe qui cause aussi de la douleur et des convulsions. La prolongation de l'inflammation et de l'épanchement dans le rachis vient encore ajouter à l'embarras de cet auteur, et d'autant plus que les symptômes ne peuvent pas en être saisis lorsque la détérioration de l'encéphale est portée au point d'empêcher leur manifestation.

Nous ne disons pas cela dans l'intention de déprécier le travail de cet anatomo-pathologiste; Dieu nous en garde! mais afin d'arriver à faire comprendre à nos lecteurs qu'il a commis une grave faute en insistant pour conserver à sa maladie le nom d'*hydrocéphale aiguë*. C'est ce qu'il faut ici leur démontrer par de nouvelles preuves.

Le motif qu'il en donne, c'est que la compression exercée par l'accumulation de la sérosité dans les ventricules détermine la physionomie spéciale de la maladie, et la caractérise par les phénomènes de la compression, consécutifs à ceux de l'irritation. Mais c'est là précisément, suivant nous, qu'est le vice : c'est celui de tous les anatomo-pathologistes, habitués à tirer les caractères des inflammations de la dernière période, qui d'ordinaire est celle de l'incurabilité. Caractérisez-nous la phlegmasie d'un organe par un groupe de symptômes qui nous la fasse reconnaître dès son début, afin que nous puissions la traiter avec succès : dites-nous ensuite quels signes correspondent à telle ou telle prédominance de siége, à tel ou tel degré d'altération de l'organe ou de l'appareil, et proportionnez-nous le pronostic, comme les moyens de traitement, à chacune de ces circonstances. C'est ainsi que vous servirez la science et l'humanité. Mais vous borner à faire entendre des doléances sur les cas d'incurabilité, et nous dire, et nous répéter à satiété, que lorsque nous avons arrêté une inflammation cérébrale ou gastrique commençante, nous n'avons rien fait de bien important, et que vous nous défiez de guérir votre entité, parce qu'elle est malheureusement au-dessus des ressources de l'art; proclamer cette sentence à son de trompe, après nous avoir cité trente ou quarante cas qui n'ont été incurables, pour la plupart, que parce qu'on les a traités d'une manière opposée au bon sens et à la raison; c'est prêcher une erreur impardonnable au degré où la science a été élevée par les travaux des physiologistes.

Vous avez raison de nous dire que tel degré d'altération organique est le plus souvent incurable; mais vous avez très grand tort de faire de ce degré la maladie; car la vraie maladie est dans l'action morbide qui a produit cette altération. Vous êtes coupables de ne pas le savoir, puisque ce fait est démontré; et vous l'êtes d'autant plus que vous faites toutes sortes d'efforts pour prouver que cette action morbide n'est pas la maladie, et qu'il n'y a rien de grave, rien dont la guérison ait quelque mérite avant les signes qui témoignent de l'altération organique et de l'incurabilité.

La cause de ces erreurs est trop facile à trouver; elles dépendent, nous l'avons prouvé, de ce que bien des jeunes gens, trompés par des maîtres... que nous ne voulons pas qualifier, refusent de commencer leurs études par l'irritation; de ce qu'ils la regardent *sur parole* comme hypothétique; enfin, de ce qu'ils pensent, toujours séduits par certains oracles, que la médecine n'aura de certitude que lorsque tous les symptômes n'auront plus d'autre usage que celui de représenter de grosses et belles altérations organiques qui frappent tous les sens.

Nous ne craignons pas de dire que tant que l'enseignement marchera sur ce pied, les médecins laisseront venir les altérations incurables dans une foule de cas où ils auraient pu les prévenir; car ils ne sauront jamais ce qu'ils ont fait lorsqu'ils les auront prévenues, ce qui les empêchera nécessairement de se faire une méthode pour y réussir toutes les fois que la chose sera possible.

Ces réflexions ont signalé le vice fondamental de Dance, qui est mort sans avoir pu s'affranchir du scepticisme, et qui certes était né pour faire plus qu'il n'a fait; car il joignait à des moyens distingués la bonne foi et la probité, qualités malheureusement

trop rares parmi des jeunes médecins qui travaillent aujourd'hui à l'œuvre de la reconstruction de notre édifice scientifique (1).

Travail du docteur Calmeil sur la paralysie des aliénés.

Ce titre est trop modeste. M. Calmeil a traité de l'inflammation chronique de l'encéphale et de ses membranes, qui conduit à la démence et à la paralysie générale. Cette inflammation est fréquente chez les aliénés; mais elle peut être primitive : la manie peut venir la compliquer si l'inflammation chronique s'élève jusque près de l'état aigu; mais alors elle est de moindre durée, car la désorganisation de l'appareil est trop avancée pour supporter long-temps la forme aiguë de l'inflammation; souvent aussi l'encéphalo-méningite, car c'est ainsi qu'il faut dénommer la maladie traitée par M. Calmeil, chronique dès le début, poursuit sa marche jusqu'à la fin sans changer de nuance, mais rarement sans quelques excitations convulsives, et plus rarement encore sans congestions sanguines générales de l'appareil, qui tendent au coup de sang.

Autre chose également à noter, c'est que ces congestions peuvent se faire, tantôt dans un hémisphère, tantôt dans l'autre, de manière à présenter des apoplexies qui ne peuvent être distinguées de celles de M. Rochoux que par leur guérison sans hémiplégie, et que leurs retours sont en raison des pléthores et des excitations accidentelles du cerveau. La caverne hémorrhagique n'a été rencontrée qu'une seule fois par notre auteur; ce qui prouve toutefois qu'elle peut exister avec l'encéphalo-méningite générale.

Plusieurs faits d'une haute importance, par les conséquences qui peuvent en découler, nous ont frappé dans la marche que M. Calmeil a tracée de l'affection dont il s'agit.

L'auteur fait débuter la paralysie générale le plus souvent par un premier degré où les membres commencent à fléchir et le bégaiement à se faire apercevoir; c'est le début par l'affection musculaire. Il en est un second, beaucoup plus rare, où l'affaiblissement de la mémoire ouvre la scène, les prodromes de paralysie ne viennent que plus tard; mais après l'un comme après l'autre début, la paralysie et la démence se complètent au point d'amener le sujet à l'immobilité, qui n'est interrompue que par des convulsions fort irrégulières, et à la stupidité avec perte des affections, état que suspendent quelquefois des agitations maniaques, ou des fureurs passagères, et qu'aggravent des congestions cérébrales qui peuvent s'élever jusqu'à l'intensité de coup de sang.

Voilà la marche générale tracée par l'auteur; mais nous demanderons si l'on peut dire, en bonne physiologie, que la maladie vitale ne commence qu'avec les indices de paralysie et de perte des facultés intellectuelles et affectives.

Nous ne le pensons pas lorsqu'il s'agit d'un paralytique en démence qui souffre depuis un temps plus ou moins long des accès de délire maniaque; car il est évident, du moins pour nous, que l'irritation inflammatoire subaiguë existait dans les mêmes organes où le paralytique nous en présente les traces, et que la paralysie, comme la démence, ne sont ici que le signal de la désorganisation que cette irritation a produite.

Nous en dirons autant pour les cas où la maladie de M. Calmeil succède aux inflammations encéphalo-méningitiennes aiguës qui ont existé sous la forme de frénésie; mais notre auteur n'en rapporte aucun exemple.

Restent donc maintenant les cas de paralysie générale démentique, qui ont débuté sous la forme chronique primitive; c'est-à-dire sans avoir été précédés, ni de folie avec agitation, ni de frénésie fébrile. Pour savoir à quoi s'en tenir sur cette question, il faudrait, nous diront plusieurs sceptiques, posséder une monographie sur cette encéphalo-méningite chronique primitive. Nous conviendrons qu'un pareil travail pourrait, s'il était bien fait, porter la conviction dans tous les esprits; mais est-il nécessaire aux médecins vraiment physiologistes? nous ne le croyons pas. La démence et la paralysie générale ne peuvent signaler que des altérations organiques déjà formées, et il n'est point naturel que ces désordres se forment sans avoir été précédés d'une irritation appréciable des fonctions de l'organe ou de l'appareil qui en est le siége, surtout lorsque cet appareil exécute des actes aussi patens que ceux du cerveau.

On nous demandera donc par quels signes antérieurs à ceux de l'affaiblissement des muscles, et à la torpeur des mémoires (car elles sont multiples), nous entendons faire débuter l'encéphalo-méningite générale. La réponse nous semble facile... Par tous les symptômes qui accusent l'existence d'une irritation chronique intéressant l'ensemble de l'appareil encéphalique.

Craignons donc le développement de cette funeste affection pour les sujets tourmentés par une migraine dont les accès se rapprochent de plus en plus; pour tous ceux qui sont habituellement affligés de pesanteurs de tête, de sifflemens d'oreilles, d'éblouissemens, de vertiges, qui, quoique palliés par les efforts de l'art, reparaissent en s'aggravant par des causes en apparence assez légères; pour les hommes de lettres grands travailleurs qui ont perdu, avant l'âge, la mémoire, l'attention, la facilité du travail; car l'expérience nous prouve tous les jours, quoi qu'en ait dit le docteur Rochoux, que les esprits les plus forts et les plus méditatifs peuvent finir par la démence paralytique; pour les personnes qui ont eu plusieurs attaques de coup de sang, et dont la tête reste habituellement souffrante ou simplement appesantie; pour celles qui souffrent des mêmes incommodités, à la suite des suppressions d'hémorrhagies, de dartres, de plaies suppurantes ou d'exutoires qu'elles auront portés pendant plusieurs années; en un mot, pour toutes celles qui ont la tête continuellement ou fréquemment douloureuse et pesante, qui sont devenues somnolentes depuis un certain temps, dont les oreilles sifflent, qui croient sentir des bruits, du tumulte dans la tête, sans pouvoir être accusées de maux imaginaires ou de préventions mal fondées. Voilà, dira quelqu'un, les prodromes de la folie, de l'apoplexie, du ramollissement cérébral, etc. : tant mieux; cela prouve le rapport de tous ces modes d'altérations organiques avec l'irritation, leur mère commune, et le médecin doit comprendre cette vérité afin de les prévenir.

Plaçons sur la même ligne tous les sujets déjà porteurs d'une irritation chronique de l'encépale d'une autre forme, tels que ceux qui ont eu des attaques d'apoplexie suivies d'hémiplégie; ceux qui

(1) Ce serait ici le lieu de résumer les importans travaux de MM. Martinet, Parent du Châtelet et Ménières; mais l'espace nous manque, et nous sommes réduit à renvoyer nos lecteurs à ce que nous avons dit des méningites au début de ce chapitre.

ont reçu des coups à la tête, à la suite desquels le cerveau a beaucoup souffert, soit qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas solution de continuité des os du crâne. Rangeons-y, sans hésiter, les hommes à constitution mal nutritionnée dans le premier âge, qui ont été ou sont encore scrofuleux, cancéreux ou tuberculeux, lorsqu'ils ont senti des douleurs de tête fixes, atroces, interrompues par des convulsions, des coups de sang, des pertes de connaissance, des attaques d'épilepsie, parce qu'une telle pensée nous conduit à présumer l'existence de tumeurs ou productions quelconques subinflammatoires dans l'encéphale, altérations qui, comme nous l'avons vu, produisent aussi bien la démence paralytique qu'elles produisent les ramollissemens et les hémorrhagies par rupture du cerveau, ou des principaux troncs vasculaires de cet organe. Les observations de notre auteur nous confirmeront dans cette manière de voir, car il a rencontré tous ces genres d'altérations organiques avec ceux qui sont propres à la démence et à la paralysie générale.

Personne ne nie que tous ces infortunés, dont nous venons de produire la liste déjà trop longue, quoiqu'elle puisse l'être encore davantage, sont sujets à la folie; eh bien! cette folie, qu'est-elle donc autre chose qu'un degré d'altération moins profond, moins étendu, surtout plus aigu, que celui auquel correspond la démence paralytique de M. Calmeil?

Ces rapprochemens, ces réflexions nous conduisent à conclure que cet auteur, quoique marchant dans la voie physiologique, s'est montré trop circonspect, et n'a pas tiré de son sujet tout le parti qu'il aurait pu en tirer, s'il ne se fût pas renfermé dans la paralysie générale des aliénés. Il a donc commis, selon nous, la même faute que les autres anatomo-pathologistes de l'encéphale dont nous avons rappelé les travaux dans ce chapitre; et, pour marcher dans la voie du perfectionnement, les médecins qui leur succèderont devront envisager leur sujet d'un point de vue plus élevé et plus fécond en vues thérapeutiques et hygiéniques.

Ce que nous avançons en ce moment est pleinement confirmé par des détails d'anatomie pathologique dont est rempli le précieux travail de M. Calmeil. Nous allons le prouver en consignant ici les principales réflexions que ses ouvertures de cadavres nous ont suggérées.

En effet, ses autopsies nous prouvent, comme celles des anatomo-pathologistes dont nous avons médité les travaux sur l'encéphale, que l'inflammation y chemine et s'y propage dans toutes les directions, et sous toutes les formes possibles. Il l'a trouvée rarement bornée à la périphérie du cerveau et du cervelet, quoique ce soit là son siége prédominant; rarement il a manqué de rencontrer la pie-mère injectée, enflammée, et cela, en divers points, et adhérente à la substance grise qui s'offrait aussi injectée, endurcie, violacée, et se détachant plus ou moins lorsqu'on enlevait la pie-mère.

Cette altération, qu'il regarde, avec raison, comme la principale, a pourtant manqué parfois, et s'est trouvée remplacée par l'infiltration séreuse, ou l'une et l'autre ont prédominé dans des régions différentes.

Des cas se sont offerts où la substance blanche des corps calleux était indurée, et où la démence avait de long-temps précédé les symptômes de paralysie; ce qui tend à prouver l'opinion par nous émise, que cette portion de l'encéphale est le siége de la pensée.

Les douleurs de tête et la fureur, qui ont toujours existé lorsque l'intérieur des ventricules a été trouvé villeux, et portant des traces évidentes d'inflammation, fortifient manifestement cette donnée.

Lorsque la substance grise de la périphérie cérébrale et cérébelleuse était injectée, ramollie, endurcie, plus souvent encore violacée, et offrant des traces de phlegmasie, on était presque sûr de trouver celle des corps striés, des couches optiques, des cornes d'Ammon, et même de l'intérieur du cervelet, affecté de la même manière. Ces lésions correspondaient aux cas, à beaucoup près les plus communs, où la maladie avait débuté par les phénomènes de paralysie. Ce fait ne tend-il pas à établir que l'inflammation de la substance grise tourmente particulièrement les racines des nerfs musculaires, et y détruit la faculté d'innervation avant de l'affecter dans les fibres de la pensée?

Ces rapprochemens ne semblent-ils pas établir, comme nous l'avons avancé précédemment, 1°, que les fibres blanches de la sensibilité sont dans l'intérieur des ventricules cérébraux et cérébelleux, continues avec celles de la surface postérieure de la moelle; 2°, que les fibres blanches de la pensée et des affections sont dans l'épaisseur des corps calleux et dans la couche profonde des fibres blanches du cervelet; 3°, que les fibres blanches du mouvement musculaire commencent dans la substance grise de la périphérie du cerveau et du cervelet, pour se rapprocher et former les pédoncules de ces deux portions de l'appareil encéphalique; 4°, que la substance grise n'est qu'un tissu vasculo-médullaire, intermédiaire entre les vaisseaux sanguins et les fibres blanches, qui sont celles de la sensibilité, de la pensée, des affections, et du mouvement musculaire; 5° enfin, que cette même substance grise est partout le rendez-vous commun des fibres de la sensibilité, de celles de la pensée, de celles des affections, et de celles du mouvement musculaire? C'est à ce rendez-vous que la sensibilité, la pensée et les affections doivent donner l'impulsion au mouvement musculaire. Mais y a-t-il continuité entre celles des trois premiers ordres et celles du quatrième, ou du mouvement musculaire; ou bien n'existe-t-il là qu'une simple contiguïté dont la substance grise serait l'intermédiaire? Nous ne saurions résoudre cette question difficile; c'est à l'anatomie comparée qu'il appartient de la traiter. Toutefois nous y reviendrons; mais nous serions charmé que d'autres l'abordassent et l'approfondissent avant nous.

Enfin nous établirons comme un fait très probable, résultant des mêmes données, que, dans toutes les régions formant les masses cérébrales et cérébelleuses, où il arrive des fibres de sentiment et des fibres de besoins ou de pensées, il doit se trouver des fibres qui correspondent à tous les muscles que ces facultés peuvent faire mouvoir. De là une énorme multiplication de ces fibres chez l'homme, puisqu'elles sont toujours proportionnées au nombre et au développement de ses instincts, de ses penchans et de ses pensées, fait qui nous semble seul capable d'expliquer la supériorité de volume du cerveau de l'homme sur celui des animaux qui se rapprochent le plus de lui.

Au surplus, notre idée n'est ici qu'à peine ébauchée; nous la développerons dans la seconde édition de l'*Irritation et de la Folie*, où elle sera mieux à sa place. Nous nous contenterons d'ajouter que l'objection que nous fîmes autrefois à Gall, avec bien d'autres, de n'avoir point admis un point central chargé seul de recevoir les impressions et de déterminer les mouvemens, ne saurait nous arrê-

ter si on nous l'adressait présentement à nous-même. Notre réponse est prête depuis long-temps.

M. Calmeil se donne beaucoup de peine pour le diagnostic différentiel de sa paralysie. Cela se conçoit aisément, puisque la grande majorité des affections chroniques de l'appareil encéphalique peut aboutir à la perte de l'action musculaire, lors même que le mal n'existerait primitivement que d'un seul côté. Lallemand a prouvé ce fait, en montrant que la congestion d'un hémisphère entraîne l'irritation, et puis la compression de l'autre. Toutefois, la paralysie générale que M. Calmeil a voulu désigner, et qu'il a choisie pour le sujet de son ouvrage, est celle qui se forme peu à peu, et marche conjointement avec la dépravation successive des facultés intellectuelles et affectives, jusqu'à conduire les victimes au dernier degré de l'impuissance musculaire et de l'abrutissement moral. Ainsi, toutes les fois que les paralysies générales apparaîtront subitement, elles ne rentreront point dans celles de son ouvrage. Il en sera de même de celles où l'intelligence, les instincts et les affections resteront intacts; car on aura par là la preuve que les hémisphères cérébraux et cérébelleux n'y seront point participans. Celle-là rentrera de droit dans les maladies du prolongement rachidien, dont M. le docteur Ollivier a si bien tracé l'histoire. Remarquez que la paralysie générale des muscles du docteur Calmeil entraîne celle des facultés intellectuelles, des instincts et des penchans, parce qu'elle suppose l'irritation commune aux fibres nerveuses des muscles et à celles du sentir et de la pensée. Aussi, les premiers muscles qui témoignent de l'affaiblissement paralytique sont-ils ceux qui servent à la parole; leur action souffre avec celle de la mémoire des mots et des évènemens récens; preuve certaine que l'irritation réside dans les hémisphères eux-mêmes. Si la parole était seule embarrassée, l'intellect restant intact, ou du moins se rétablissant d'abord après avoir été subitement aboli, ce qui arrive à la suite des paralysies doubles par l'hémorrhagie double du docteur Rochoux, on n'aurait pas de preuve que la substance grise de la périphérie fût attaquée; mais, lorsque plus tard les facultés morales des paralytiques s'affaiblissent, on peut juger que la masse entière des hémisphères a reçu l'irritation, et qu'une altération plus ou moins rapprochée de la paralysie de M. Calmeil se prépare. Rien de plus certain, puisque nous apprenons de M. Rochoux que, dans les démences secondaires à l'apoplexie, les cerveaux offrent, outre des ramollissemens partiels, un surcroît de sécrétion séreuse dans le tissu de la pie-mère, ou l'injection et l'adhérence de cette membrane à la substance grise, et même des collections de sérosité dans les ventricules, preuves certaines qu'il y a eu encéphalo-méningite consécutive. Il est donc clair que, dans ces cas, la maladie de M. Calmeil survient consécutivement à celle de M. Rochoux; que toutes deux sont l'effet de l'irritation de l'encéphale, et que, par conséquent, leur nature n'est point différente; mais la différence de la marche des premiers temps, et surtout l'attaque brusque de la paralysie, suivie d'une progression pendant un temps plus ou moins long vers la guérison, ne permettent pas une erreur de diagnostic sur le siége. Toutefois, il faut convenir que les paralysies générales par la double hémorrhagie des hémisphères, ou par l'hémorrhagie centrale du pont de Varole, ou du bulbe rachidien, peuvent rarement simuler la paralysie de M. Calmeil, attendu qu'elles sont le plus souvent promptement suivies de la mort. Il en est ainsi de celle qui frappe simultanément les deux lobes du cervelet, et c'est un embarras de moins pour le diagnostic de M. Calmeil.

Cet auteur croit encore devoir prévenir ses lecteurs contre la déception qui pourrait naître pour eux d'un ramollissement chronique, supposé dans les parties centrales du cerveau proprement dit (corps calleux, voûte à trois piliers, septum medium, centre de la protubérance ou centre du cervelet). Il ne songe pas que l'induration de ces mêmes parties lui a donné une démence qui a duré plusieurs mois avant de se compliquer de paralysie musculaire, par la raison que les points irrités étaient ceux de la pensée, des affections et des instincts. L'analogie porte à penser que le ramollissement, qui est, comme l'induration, un effet de la phlegmasie chronique, devrait donner un groupe de symptômes analogues. M. Calmeil soupçonne que les fourmillemens, les raideurs d'un grand nombre de muscles pourraient ici faire penser au ramollissement. Il en juge sans doute par celui des corps striés et les couches optiques décrits par M. Rostan qui, en effet, donnent ces symptômes; mais, pour nous, l'analogie est loin d'être complète, car les ramollissemens de M. Rostan s'opèrent sur le trajet des fibres qui vont aux muscles, tandis que ceux dont vient de parler M. Calmeil ont leur siége dans les fibres de la pensée, des instincts et des affections. Si donc les lésions musculaires dont il s'agit apparaissaient également et indifféremment dans les différentes régions de l'appareil musculaire, nous penserions plutôt au ramollissement double des corps striés et des couches optiques, ou bien à celui du centre de la protubérance annulaire, qu'à celui du corps calleux, de la voûte du septum lucidum, ou du centre du cervelet. Au surplus, ces derniers doivent être rares à l'état chronique, puisqu'ils le sont tant à l'état aigu, comme l'observe judicieusement le docteur Calmeil; et nous ne croyons pas que la méprise qu'il redoute soit commise par un médecin instruit et profondément observateur.

Un ramollissement double, un abcès enkysté également double des hémisphères du cerveau, pourraient-ils être pris pour la maladie de M. Calmeil? Il le craint, mais il pense que la marche en serait moins lente que celle de la paralysie générale des aliénés, que d'ailleurs la santé physique serait plus gravement altérée, la nécessité de garder le lit beaucoup plus prompte, qu'il y aurait des rétractions dans les membres, ou des mouvemens cloniques, ou des accès épileptiformes, et qu'un côté serait plus affecté que l'autre.

Le centre des hémisphères du cerveau, au-dessus et en dehors des corps striés et des couches optiques, contient des fibres du corps calleux en majorité, et peut-être des fibres destinées aux muscles. Mais nous pensons qu'elles y sont en minorité; il ne renferme point de substance grise; ce qui fait que l'inflammation et le ramollissement y sont rares. Nous n'y avons point observé ce dernier mode d'altération; mais nous y avons rencontré un double abcès, et il n'y avait ni douleurs, ni tiraillemens, ni convulsions, ni paralysie. La stupidité, la presque immobilité, l'insouciance, la taciturnité, sans aucune difficulté de prononciation, étaient les seuls symptômes apparens. Cela nous porte à croire que les fibres de la pensée et celles des affections étaient les seules attaquées. Peut-être que ces abcès, plus étendus, auraient affecté des fibres musculaires; mais ce fait prouve toujours que de grands désor-

dres, des désordres tels que ceux dont parle M. Calmeil, sont possibles dans ces régions, sans qu'il apparaisse aucun des troubles musculaires sur lesquels il compte pour prévenir toute confusion avec la paralysie générale des aliénés. Toutefois, on doit attendre de nouveaux faits pour se prononcer.

Un cancer cérébral, des tubercules, des tumeurs quelconques, affectant également les deux côtés, ne pourraient être pris pour l'encéphalo-méningite de M. Calmeil; des douleurs, des convulsions, quelques inégalités de lésion dans les deux côtés du corps, ne préviendraient pas moins l'erreur que le défaut de similitude dans la progression des dégradations musculaires, instinctives, affectives, intellectuelles. Ainsi, passons sur ce point; mais notons pourtant que la complication de l'encéphalo-méningite peut survenir dans ces cas; mais comme ils sont très rares, elle a beaucoup plus souvent lieu avec ceux où les mêmes lésions sont ou d'un seul côté ou irrégulièrement situés dans l'appareil encéphalique.

Une exostose égale des deux côtés, faisant saillie à la surface interne du crâne; une hémorrhagie double, fournissant un double caillot égal sur les surfaces convexes des hémisphères, sont encore des possibilités auxquelles nous estimons qu'il est inutile de s'arrêter : la marche indolente de l'encéphalo-méningite chronique n'y serait assurément pas.

Il en serait de même pour le rétrécissement du trou occipital déjà observé par M. le docteur Ollivier : et d'ailleurs quelques douleurs, saillies ou lésions quelconques de la région occipito-cervicale mettraient sur la voie; car le trou occipital ne se rétrécit pas dans l'état normal.

Ce serait à tort que M. Calmeil craindrait l'équivoque de la part de la chorée; mais le tremblement de certains vieillards qui offrent aussi parfois une marche cadencée, ou qui ne peuvent s'arrêter lorsqu'ils sont lancés, quoiqu'ils soient d'ailleurs bien portans, pourrait justifier davantage ses appréhensions... Ces symptômes, en effet, décèlent pour nous une méningite chronique de la périphérie, et c'est à juste titre que M. Calmeil redoute pour eux la démence et la paralysie générale, s'ils vivent assez long-temps pour cela, car l'expérience nous a déjà fourni des exemples de cette terminaison, qui n'est pour nous que la détérioration du cerveau, consécutive à celle de son enveloppe vasculaire.

Le *pronostic* et la terminaison sont bien tristes dans l'ouvrage de M. Calmeil. Royer-Collard n'a pas vu un seul exemple de guérison, et notre auteur ne peut citer que deux succès du traitement, auxquels encore il n'attache pas une grande importance. Nous avons donné d'avance la raison de ce funeste pronostic: en prenant la phlegmasie chronique méningo-encéphalique à une époque moins avancée, il aurait eu quelque chose de plus consolant à nous annoncer. Mais il n'avait pas sans doute la conviction que les formes diverses de l'irritation encéphalique, qui peuvent précéder la démence et la paralysie dite des aliénés, fussent de même nature que l'irritation sous l'influence de laquelle ces deux phénomènes morbides se manifestent, et qu'ils ne fussent que les signes de l'agonie et de l'incurabilité de la maladie.

Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit plus haut sur le même sujet; mais nous ferons, relativement aux causes, quelques remarques qui vaudront ce qu'elles pourront en faveur de notre manière de voir.

M. Calmeil place l'aliénation mentale au nombre des *causes prédisposantes* de la maladie, et dit que pour les hommes aliénés pris en masse, la proportion des paralytiques est de un sur quinze, tandis qu'elle n'est, pour les femmes, que d'une sur cinquante. Pour moi, qui crois que l'aliéné n'est aliéné que parce qu'il est porteur d'une irritation méningo-encéphalique chronique plus ou moins inflammatoire ou subinflammatoire, c'est-à-dire de la même maladie qui produit la démence et la paralysie générale; je dirais, si j'étais à sa place, que les circonstances et le traitement étant tels qu'ils sont à l'hospice de Charenton, cette irritation n'arrive au point de produire la désorganisation à laquelle correspond la paralysie avec démence, que dans les proportions qui viennent d'être énoncées.

La terminaison de l'aliénation par démence et paralysie a été vue, par l'auteur, deux fois avant la trentième année, quatorze fois de trente à quarante ans, vingt fois de quarante à cinquante, neuf fois de cinquante à soixante, et, cette époque passée, elle a toujours été en diminuant. Pour moi, je trouverais là, comme dans la prédominance de la paralysie générale chez les hommes, un motif de plus pour l'attribuer à l'irritation qui les entretenait dans l'état de folie; car je dirais que les femmes et les enfans sont beaucoup moins sujets à l'inflammation que les hommes, et qu'après soixante ans, les irritations deviennent moins inflammatoires, moins promptement désorganisatrices, et que c'est pour cette même raison que les vieillards tremblottans et à marche convulsive ont quelquefois tant de peine à tomber dans la paralysie générale. Je prendrais un nouveau point d'appui pour mon opinion dans la prédisposition constitutionnelle, en lisant dans notre auteur que la plupart des sujets sont bruns et robustes; et, pour cette raison, comme pour celle de la similitude d'organisation cérébrale, si remarquable entre les parens et leurs enfans, je ne balancerais pas à admettre la prédisposition héréditaire : d'ailleurs, assez de faits ont fixé mes idées sur ce dernier point.

Pour la question des *causes déterminantes* ou *excitantes*, je ne vois rien qui ne confirme tout ce qui vient d'être dit : la profession des armes, celle de douanier, toutes celles qui exposent les hommes à s'approcher d'un feu ardent; les passions vives, les chagrins domestiques, les revers de fortune; les excès vénériens, ceux de la masturbation; ceux du vin, des boissons alcooliques, du café, l'abus du mercure, *et souvent plusieurs de ces causes réunies*, suffisent bien pour expliquer la fixation de l'irritation dans l'appareil encéphalique : le degré qu'elle y prend, la manière dont on la traite, et la prédisposition organique, doivent faire le reste.

M. Calmeil donne une longue énumération des *altérations* que présentent les cadavres des aliénés paralytiques : il les rapporte toutes à l'inflammation, ce qui semble le ranger parmi les physiologistes, quoiqu'il n'accorde rien à la subinflammation; toutefois, après cela, le même auteur met en doute si cette inflammation est la cause de la paralysie des aliénés. Ce scepticisme m'étonne; je n'ai pas pu le comprendre, et je me garderai bien de chercher à en approfondir les motifs.

Vient enfin l'article du traitement; il est nul, comme il ne manque jamais de l'être chez tous les monographes anatomo-pathologistes purs auxquels il a convenu d'ériger en entités-morbides les prinpales formes de la désorganisation de nos tissus, et de faire débuter ces *maladies* au moment où l'on

peut saisir les signes de la destruction de nos principaux appareils : le tout, sans tenir aucun compte des travaux des physiologistes sur l'irritation.

Conclusions.

Quoique M. Calmeil ait écrit avec timidité et avec circonspection, sous l'influence du scepticisme prétendu philosophique qu'affichent tous les anatomo-pathologistes de l'école moderne, et qui n'a d'autre cause que la défense qu'on leur a faite d'étudier suivant la méthode physiologique, son ouvrage est utile et même très important, par l'appui qu'il nous prête, et par les progrès dont il sera nécessairement le promoteur. Néanmoins il nous démontre, comme tous ceux que nous avons analysés jusqu'à ce moment, que l'anatomie pathologique ne peut servir de base au diagnostic et au traitement des maladies de l'encéphale.

CHAPITRE X.

APPLICATION DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE AUX MALADIES DE L'ENCÉPHALE EN GÉNÉRAL. — IDÉE DES TRAVAUX DU PROFESSEUR LALLEMAND.

M. Lallemand a pris pour sujet de ses *Lettres sur l'encéphale*, les différentes formes des altérations organiques de cet appareil : M. le professeur Bouillaud lui en a fait un reproche. Sans doute il aurait pu intituler son ouvrage : *Recherches sur les inflammations de l'encéphale*, puisqu'il rapporte à l'inflammation tous les désordres organiques qui sont l'objet de ses recherches; mais il a voulu prouver le fait avant de l'annoncer : d'ailleurs, il est possible qu'en poursuivant ses recherches, il rencontre autre chose que des inflammations. Au surplus, ce titre n'aurait-il pas soulevé contre lui tous les ennemis de la méthode physiologique? ne l'eût-on pas honni et mis à l'index de prime-abord? et, une fois sa sentence de proscription prononcée, l'amour-propre n'eût-il pas fait à ses adversaires un injuste devoir de ne plus revenir sur leur jugement, quel que fût le bonheur avec lequel le professeur de Montpellier eût justifié l'opinion qu'il aurait annoncée dans le titre de son ouvrage?

Suivant nous, M. Lallemand a mis dans l'exposition des principes de la doctrine physiologique une adresse à laquelle il doit de n'avoir pas rencontré une opposition trop virulente et trop acharnée. Il a d'abord traité des ramollissemens : ces mots n'ont choqué personne; ils étaient en faveur. On a rendu justice à l'exactitude de ses descriptions et à la justesse de ses rapprochemens : on lui a seulement reproché d'avoir attribué ces désordres à l'inflammation.

Il a poursuivi sa tâche, et les infiltrations purulentes, les abcès, les kystes, les méningites de la périphérie, de la base, des centres, sont venus se ranger à côté des affections précédentes, comme dépendans d'un mécanisme toujours le même : nouveaux murmures; mais on s'était déjà mis en avant par les éloges, il y avait eu de l'écho, la réputation de l'ouvrage était faite; l'envie a dû se contenter de détacher quelques fleurons de la couronne de l'auteur.

Le professeur a continué, sans s'inquiéter des petites avanies qu'on voulait lui faire; les indurations, les cicatrices, les ossifications, les exhalations, les épanchemens, etc., ont été ramenés à l'inflammation; et toutes les perturbations fonctionnelles, à l'irritation. A partir de ce point, la méthode physiologique a été hautement avouée, solennellement proclamée par l'auteur, et son œuvre a fini par lui concilier la faveur de l'opinion générale, à laquelle ses adversaires se sont vus forcés de souscrire.

On voit que M. Lallemand a saisi l'ensemble des maladies irritatives de l'encéphale; qu'il les a rapprochées et soumises à une grande loi, dont la réalité ne pouvait plus être contestée; enfin, qu'il a accompli un chef-d'œuvre de doctrine, pendant que les autres anatomo-pathologistes, tremblant pour l'individualité et l'indépendance de leurs *maladies*, élaboraient péniblement des œuvres d'ontologie et d'anarchie médicale.

Quelques détails, peu multipliés toutefois, sur la manière dont M. Lallemand a procédé à l'exécution de ce beau travail, justifieront ce que nous venons d'avancer.

Il a d'abord étudié les ramollissemens : les uns étaient avec injection sanguine, et ceux-là avaient leur siége principal dans la substance grise; il en a fait remarquer la couleur rougeâtre, et y a signalé les globules sanguins : les autres se présentaient avec infiltration purulente, ou bien avec du pus déjà réuni en petites collections.

Les abcès ont paru ensuite, comme correspondant à un degré d'ancienneté un peu plus avancé, mais toutefois encore récens, puisqu'ils n'étaient point enkystés. Ceux dont la date était plus reculée, ont présenté des kystes, et ceux-ci ont été reconnus d'autant plus avancés dans l'organisation, que la maladie avait plus d'âge.

Voilà donc les ramollissemens rapprochés des abcès, et l'une des entités des anatomo-pathologistes purs a disparu.

Mêmes rapprochemens lumineux sur les symptômes et les accidens. L'auteur fait voir qu'ils sont plus ou moins intenses, suivant la marche de l'inflammation. Ainsi le simple ramollissement, très rétréci, n'occasionne que des tiraillemens, des fourmillemens dans les muscles du côté opposé; et aussitôt qu'il est complet, ces muscles se paralysent. S'il est intense et plus étendu, la fluxion, qui rend le cerveau turgescent, amène la perte des relations et même un état fébrile. S'agit-il des collections purulentes, l'auteur fait voir que la maladie a marché plus lentement, puisque les accidens n'ont apparu qu'après que les globules de pus avaient eu le temps de se rassembler en foyers. Lenteur plus grande encore si le kyste a eu le temps de se former autour du pus, et d'y prendre un certain degré d'organisation. Dans ce cas, la suppuration semble avoir commencé dans un foyer très circonscrit, et avoir écarté lentement les fibres cérébrales sans les rompre, du moins en nombre considérable; ce qui a permis au foyer d'acquérir des dimensions assez grandes avant que les tiraillemens et les paralysies se déclarassent. On sent qu'alors aussi la fièvre a dû manquer; et le moment d'un surcroît de fluxion dans le lobe comprimé par l'épanchement a été celui de l'explosion des accidens dont souvent une mort subite est venue révéler la cause cachée.

Le professeur distingue avec une rare sagacité ce qui, dans les symptômes, correspond à la fluxion ou congestion générale de l'encéphale, d'avec ce qui dépend du travail inflammatoire local. Les saignées, les réfrigérans, etc., ont-ils dissipé la congestion, les lésions sensitives et musculaires restent seules. Mais voulez-vous savoir ce qui va se passer

dans le foyer ou dans son pourtour? observez la marche ultérieure. S'il n'y a que compression par l'abcès ou solution par une suppuration imparfaite (ramollissement), vous n'observerez que les paralysies : si l'irritation continue à agir sur des fibres cérébrales, il y aura des fourmillemens, des rétractions, des engourdissemens tant qu'elles ne seront pas rompues. Aussitôt qu'elles le seront, la paralysie deviendra plus profonde ou plus étendue : de nouvelles congestions générales se formeront, et les relations seront encore interrompues. Alors la dégradation des fonctions nerveuses fera des progrès; l'inflammation se disséminera dans les viscères; la mort sera imminente et inévitable.

Au contraire, posez qu'une collection purulente soit bien circonscrite par un kyste, et qu'aucun travail inflammatoire, voisin ou éloigné, ne la complique, la paralysie diminuera, et la guérison, plus ou moins complète, sera possible ici comme à la suite des épanchemens hémorrhagiques par rupture, et elle s'opèrera par le resserrement et la réduction du kyste, en une cicatrice, c'est-à-dire par le même mécanisme que la guérison de l'hémorrhagie par rupture de la pulpe cérébrale.

Mais ce travail d'amélioration est interrompu, plus tôt ou plus tard, par de nouveaux fourmillemens, etc. S'ils ont lieu dans les membres déjà paralysés, dont ils interrompent l'immobilité, soyez sûr qu'un nouveau travail inflammatoire, tendant au ramollissement et à la collection, se passe dans le pourtour de l'ancien foyer : si les fourmillemens cessent, et que la paralysie revienne plus profonde ou plus étendue, ce travail a produit son effet; un surcroit de solution de continuité de fibres cérébrales vient de s'opérer.

Est-ce dans les muscles du côté encore intact que vous voyez apparaître les fourmillemens, les raideurs? croyez que le travail inflammatoire résolutif des fibres cérébrales s'est déclaré dans l'hémisphère cérébral opposé, qui jusque là n'avait rien souffert de semblable.

Ces cas sont rares : ce qui est plus fréquent, c'est le développement consécutif d'une arachnitis. Cette phlegmasie est-elle générale? le délire et les convulsions se déclareront avec la fièvre, si elle est aiguë, et la gastro-entérite ne manquera guère de s'y ajouter. Si l'arachnitis n'est que chronique, mais toujours générale, ce sera la démence de la paralysie générale qui se fera remarquer, mais cette combinaison n'est pas la plus commune. Ce qu'on rencontre le plus souvent, c'est l'arachnitis partielle : si elle siége autour du lobe où est située l'encéphalite, les convulsions des membres paralysés et le délire la révèleront; si elle éclate du côté opposé, les muscles encore intacts seront le siége de mouvemens convulsifs. Ce délire et ces convulsions seront en proportion des forces. Si les sujets sont encore robustes, ils pourront être furieux et vivement convulsés; s'ils sont débiles ou décrépits, si un certain degré de congestion les rend obtus et semi-idiots, vous n'observerez qu'un délire obscur, un marmottement, un chuchotement, et les convulsions seront peu intenses.

Supposez maintenant qu'un de ces malades pousse des cris de douleur avec ou sans fureur, cris qui viennent interrompre sa stupeur, et que les yeux soient convulsés, déviés, roulans, et les muscles de la face hideusement agités; la phlegmasie a pénétré dans les ventricules, l'irritation s'étend à la base du cerveau. Vous jugerez facilement des progrès qu'elle y fera, comme de sa descente dans le rachis, par les désordres convulsifs des muscles du col, du diaphragme et des autres respirateurs. Comparez les arachnitis aiguës, soit périphériques, soit centrales, avec cette démence accompagnée de paralysie générale, complète ou non, et cet état somnolent habituel, qui correspond aux arachnitis chroniques de M. Calmeil, avec collections séreuses sous l'arachnoïde et dans les ventricules cérébraux, vous trouverez de grandes différences; mais l'auteur vous prouvera qu'elles ne dépendent que du degré et de la marche de l'inflammation.

Quoique non traitées *ex professo*, les hémorrhagies par rupture de la pulpe cérébrale ne sont point omises. On les trouve avec leur caractère spécial, qui consiste à produire des hémiplégies subites, qui tendent lentement ensuite à la guérison, hors les cas où elles s'associent aux encéphalites ramollissantes et suppurantes : elles ne sont qu'une modification du grand phénomène de l'inflammation.

Ainsi M. Lallemand embrasse dans ses vastes considérations physiologiques sur les encéphalo-méningites aiguës et chroniques, toutes les maladies qui ont fait le sujet des monographies isolatrices dont nous avons donné l'idée dans le cours de ce volume.

Il est un point sur lequel les praticiens lui devront une reconnaissance particulière : c'est d'avoir bien fait sentir, et même d'avoir prouvé, en quelque sorte à satiété, que toute rechute à la suite d'un premier accident cérébral paralytique, ou à tiraillemens, à convulsions, à perte plus ou moins complète des relations, est le résultat d'un nouveau travail irritatif développé dans des tissus encore intègres, dépendant des changemens survenus dans les tissus déjà altérés, travail qui tend à produire des désordres organiques pareils à ceux déjà mentionnés; travail anti-normal qui vient malheureusement interrompre le travail normal de la guérison auquel toutefois la nature revient constamment, opiniâtrément, aussitôt que la nouvelle irritation vient d'être calmée. On peut donc être assuré que ce travail réparateur existe, quels que soient l'âge des sujets et le nombre des désordres auxquels il doit remédier, aussitôt que l'on observe une diminution un peu soutenue dans les accidens; et c'est à tort que les auteurs ont vu dans les séries d'accidens cérébraux répétés durant une longue suite d'années, tantôt l'effet de l'âge et d'une détérioration progressive de l'entité nutrition, tantôt une seule inflammation multiforme travaillant d'un seul jet à la destruction de l'organe, tantôt enfin le résultat d'un vice caché, sur la nature duquel ils n'ont pu dire rien de précis.

C'est avec la même justesse de jugement que notre auteur fait observer que ces mêmes auteurs avaient contracté l'habitude d'attribuer toute la série des accidens aux altérations organiques les plus grosses, les plus frappantes, méconnaissant les époques des diverses altérations et les accidens qui leur correspondent. Il leur reproche aussi de n'avoir tenu note que des lésions organiques de la partie à laquelle il leur plaisait d'attribuer tous les symptômes, et d'avoir ignoré que des altérations différentes pouvaient produire des symptômes semblables, et les mêmes lésions des symptômes différens, suivant les nuances de la force, de la sensibilité, et suivant le degré de vétusté des lésions locales.

Tous ces reproches nous paraissent fondés, puisqu'il s'agit des cas à lésions différentes, et de différens âges et degrés, qui sont incontestablement les plus nombreux, et l'on doit en tenir compte pour

pouvoir lire avec fruit les cliniciens et les anatomo-pathologistes.

M. Lallemand ne traite des *indurations* qu'après avoir épuisé ce qui est relatif aux ramollissemens et aux suppurations. Ces indurations, sur lesquelles les anatomo-pathologistes ne se sont pas encore avisés de composer une monographie, sont encore rapportées à l'inflammation. L'auteur leur assigne les mêmes symptômes extérieurs qu'aux suppurations, à cela près qu'elles peuvent être la cause de vives et longues céphalalgies et de convulsions, le plus souvent intermittentes ou même périodiques. Il n'y a point encore rattaché les tubercules, les cancers, les encéphaloïdes, du moins d'une manière explicite. Du reste, il fait très bien observer que les tumeurs inflammatoires ne sont grisâtres, rouges ou brunes, que dans la substance grise, et qu'elles sont blanchâtres ou jaunâtres dans la blanche. Cette remarque sur la couleur des phlegmasies encéphaliques endurcies avait été déjà faite par rapport aux ramollissemens, etc. Elle prouve l'injustice de quelques anatomo-pathologistes, qui ont l'air de découvrir, au préjudice de notre auteur, que l'inflammation n'est jamais colorée dans la substance blanche; ce qui n'est pas exact d'ailleurs, puisqu'il est des congestions cérébrales véritablement inflammatoires, et des cas traumatiques où cette substance est tellement injectée qu'elle est vraiment plus rouge que blanche. M. Lallemand cite expressément des faits où l'induration était bicolore, siégeant ou dans la substance du pied d'hippocampe, ou dans les circonvolutions, etc., parce qu'elle était formée en partie de la substance blanche, et en partie de la grise. Que peut-on lui reprocher après cela?

Le professeur de Montpellier pense que l'induration de la substance cérébrale a toujours été précédée d'un ramollissement. Cette sentence résulte autant des rapprochemens très multipliés qu'il a eu l'occasion de faire, que d'une conception théorique déduite des analogies. Il a fait voir plusieurs fois, chez le même sujet, des couches inflammatoires de différens degrés de densité, avec un noyau rouge au centre, où se trouvait la plus forte consistance; et il en a conclu que le même phénomène avait présidé à leur formation. C'était toujours l'inflammation, dont les attaques successives avaient été signalées par des fourmillemens dans les membres et des retours de congestion. Il a donc prouvé qu'il y avait souvent identité de symptômes entre les ramollissemens de M. Rostan, et les indurations rouges inflammatoires. On ne saurait donc rigoureusement conclure du groupe de symptômes si bien décrits par M. Rostan, que la maladie va marcher, sans pas rétrograde, jusqu'à la résolution complète, la perte des relations et la mort. De nombreuses observations, rapportées et rapprochées par M. Lallemand, prouvent en effet que si l'encéphalite partielle est arrêtée dans sa marche, par la densification du point ramolli, il y a marche apparente vers la guérison, comme dans les hémorrhagies de M. Rochoux; et qu'il en peut arriver autant plusieurs fois dans le pourtour, ou bien au voisinage de ce premier noyau induré; ce qui empêche qu'on ne puisse assigner un terme à ces attaques successives d'encéphalite, dont la dernière est toujours la moins consistante, et peut même se présenter dans l'état le plus complet de ramollissement.

M. Lallemand explique ces indurations, par la fixation des globules sanguins épanchés en petites masses, dans le tissu pulpeux de l'encéphale. L'irritation se met à diminuer, et ne va pas jusqu'à la suppuration. Considérées de cette manière, les indurations dont il s'agit seraient des congestions irritatives, intermédiaires entre l'hémorrhagie de M. Rochoux, et les ramollissemens de M. Rostan; elles pourraient aussi se compliquer de l'une ou de l'autre, et nuire ainsi à la netteté du diagnostic auquel ces deux anatomo-pathologistes ont aspiré. Il ne resterait donc de positif et de diagnosticable sans équivoque, au premier abord, que l'irritation inflammatoire, agissant partiellement sur un point de l'encéphale, et la marche de la maladie rendrait ensuite tel ou tel mode d'altération organique plus ou moins probable, mais jamais certain. C'est bien ainsi que nous avons toujours conçu l'utilité de l'anatomie pathologique dans la plus grande majorité des cas. Après avoir cru, d'abord, que l'hémorrhagie par rupture de la pulpe encéphalique, pouvait seule expliquer les paralysies subites, non précédées de raideurs, fourmillemens, mouvemens convulsifs des membres, notre professeur a bien été forcé d'avouer que les raptus inflammatoires partiels, qui se font dans cette même pulpe, pouvaient produire de semblables paralysies (chose que nous avons soutenue dans la seconde édition de cet *Examen*), soit que ces irritations aboutissent ensuite à l'induration, soit qu'elles se terminent par l'infiltration ou la collection purulente.

A quoi tient le mode de terminaison des encéphalites partielles par induration? à l'état constitutionnel sans doute; car M. Lallemand prouve que les attaques de cette affection peuvent être brusques et tenir de l'état aigu, ou se former avec lenteur. Dans l'un comme dans l'autre cas, les céphalalgies fixes, continues ou périodiques, les raideurs et autres phénomènes musculaires peuvent précéder les congestions apoplectiformes et les paralysies; mais des cas se sont présentés où l'attaque paralytique reparaissait brusquement sans ces prodromes, et de telle manière qu'on aurait pu croire à l'épanchement par rupture encéphalique de M. Rochoux.

L'auteur a remarqué que lorsque les encéphalites partielles indurées sont voisines de la périphérie, elles tendent à y provoquer des arachnitis; et que lorsqu'elles sont situées dans les corps striés, et rapprochées des ventricules, elles manquent rarement d'exciter l'inflammation et la collection dans la membrane qui tapisse ces cavités. Ce rapprochement, qui est d'un bon physiologiste, démontre l'inconvénient grave des isolemens habituels des anatomo-pathologistes.

Que les monographes y prennent garde : il est facile de rassembler des faits d'altération organique qui se ressemblent; mais en conclure que d'autres altérations ne sauraient jamais provoquer les mêmes symptômes, et voir des complications fortuites dans toutes les propagations ou les sympathies de l'altération dont on traite, afin de mieux l'isoler, sont choses fort délicates. Nous en avons administré plus d'une preuve.

Il est vraiment curieux et consolant pour la science, de voir ainsi se rapprocher et s'unir, sous les deux rapports les plus intéressans, celui des causes et celui des moyens curatifs, des symptômes dont on ne sait que faire avant l'autopsie dans les erremens de l'anatomie pathologique vulgaire, et des altérations dont les descriptions, toutes minutieuses qu'elles sont, ne tendent qu'à faire des maux aussi éloignés par leur nature, que rapprochés par leur désolante incurabilité.

L'auteur n'a point borné ses considérations aux cas d'inflammations cérébrales de causes internes;

il s'est habilement aidé des cas traumatiques. Il a fait voir l'identité des inflammations qui dépendent des plaies, des fractures, des contusions, des commotions, avec celles que produit l'action des irritans qui parviennent à l'encéphale par les modifications irritatives pures et simples de l'action vitale. Il a comparé entre eux les désordres matériels, les perturbations vitales directes ou sympathiques de ces deux ordres de causes. Il a fait voir les méningites de l'un et de l'autre; il a prouvé que les encéphalites traumatiques qui pénètrent dans le parenchyme produisent les mêmes accidens que les spontanées. Il a fait plus, car il a soutenu avec une hardiesse digne d'éloges, que si les chirurgiens obtiennent aujourd'hui plus de succès que les médecins dans les maladies encéphaliques, c'est qu'ils sont plus hardis dans l'emploi des saignées que ces derniers, à qui de vieux préjugés font méconnaître souvent les inflammations, en obsédant leur esprit par des idées d'adynamie, d'ataxie, et autres essentialités chimériques. A cette occasion, notre auteur paie un juste tribut à la chirurgie militaire, en citant M. *Gama*, qui a démontré la supériorité des saignées locales prolongées, dans le traitement des affections traumatiques de l'appareil encéphalique, sur tous les autres moyens connus (1). Cet hommage rendu à la chirurgie militaire, dans la personne d'un de ses chefs les plus distingués, mérite d'être remarqué à une époque où la chirurgie civile affecte un superbe dédain sur les travaux et les découvertes de nos chirurgiens d'armées, presque tous d'ailleurs physiologistes.

L'esprit de rapprochement qui préside aux travaux du professeur Lallemand, ne lui a pas permis de négliger l'influence des inflammations des organes sensitifs, placés auprès de l'encéphale, sur les membranes et sur la substance pulpeuse de cet appareil, et réciproquement. Il a montré l'inflammation des otites pénétrant dans les lobes moyens, avec ou sans carie, aussi bien que la simultanéité des deux phlegmasies, dont l'une peut servir de révulsif à l'autre, ou du moins la suspendre pour quelque temps. C'est surtout aux approches de la mort, lorsqu'une encéphalite du lobe moyen devient purulente, que l'otite, qui pourrait coexister, paraît suspendue. Il fait également voir que, dans les cas où l'on suppose qu'un abcès du cerveau s'est terminé par une suppuration auriculaire, il n'y a point eu pénétration du pus cérébral dans l'oreille; mais une irritation plus ou moins inflammatoire de l'encéphale, que la suppuration d'une otite a déplacée par une crise comme on en voit tant. Mais il n'a pas omis de faire observer que si le pus du cerveau n'a pas la propriété de perforer l'os temporal pour s'épancher par l'oreille, l'inflammation des cavités auriculaires et mastoïdiennes peut très bien, en cariant et détruisant la substance osseuse, ou en suivant la route des nerfs acoustique et facial, pénétrer dans le cerveau, et y devenir promptement funeste. Ainsi les cas de communication, de coïncidence et de transports successifs ont été pareillement exposés et judicieusement appréciés.

La pénétration de la phlegmasie au cerveau par les fosses nasales n'a point été omise non plus, et toutes les lésions matérielles, et tous les symptômes qui se rattachent à ces différens cas ont été suffisamment comparés, et l'ont été sous des rapports assez multipliés pour faire disparaître ces distinctions arbitraires de nature ou d'essence par lesquelles les monographes anatomo-pathologistes de l'encéphale ont essayé d'isoler et d'essentialiser les modes de lésion, qu'ils avaient pris pour sujet de leurs recherches : ceci soit dit toutefois sans aucune intention d'atténuer la valeur de leurs utiles recherches, car, telles qu'elles sont, nous sommes heureux de les posséder; mais seulement afin de prouver qu'ils auraient pu beaucoup mieux faire, si leur éducation médicale eût été dirigée suivant la méthode physiologique.

M. Lallemand a suivi les progrès du travail réparateur qui succède au travail désorganisateur de l'inflammation, jusqu'aux différentes formes des cicatrices, et à leur réduction définitive en tissu cellulaire, trame commune et élément primitif, suivant plusieurs physiologistes, de tous nos tissus. Malheureusement ce travail s'accomplit bien rarement, à cause des nouvelles irritations exercées par une foule d'agens stimulateurs, très bien signalés par notre physiologiste, qui viennent porter la désorganisation dans l'encéphale, ou détériorer la nutrition en phlegmasiant les viscères. Mais il n'est pas de notre objet de le suivre dans ces recherches, dont l'intérêt est pourtant incontestable; nous allons donc fixer l'attention de nos lecteurs sur un autre sujet. Il s'agit de quelques idées émises par l'auteur sur l'action de certaines fibres de l'encéphale : il le faut, car ces idées ont quelque rapport avec celles que nous avons exposées sur le même sujet, à l'occasion des recherches de M. Calmeil.

Il résulte, de réflexions anatomico-physiologiques très judicieuses du professeur Lallemand, que les maladies qui rompent la continuité, ou seulement empêchent le mouvement des fibres cérébrales dans les corps striés, les couches optiques, les pédoncules du cerveau, dans la substance du cervelet, dans la protubérance annulaire, et dans la moelle rachidienne, produisent des paralysies, parce que toutes ces fibres communiquent directement avec la moelle épinière, tandis que les affections de la partie centrale du cerveau, c'est-à-dire du corps calleux, du septum lucidum et de la voûte à trois piliers, n'en produisent pas, quoiqu'elles puissent déterminer des convulsions. Voici comment l'auteur explique cette différence : « Or, de chaque côté, le corps calleux se prolonge transversalement dans les deux hémisphères du cerveau par des fibres qui vont jusqu'aux circonvolutions, en croisant la direction de celles qui communiquent avec la moelle épinière; en avant et en arrière, le corps calleux se recourbe sur lui-même, pour embrasser la double origine du pilier antérieur et des deux piliers postérieurs de la voûte, ainsi que le septum lucidum, qui se continue avec lui sur la ligne médiane. Toutes ces parties sont donc renfermées entre la face inférieure et les deux replis du corps calleux, lequel ne communique qu'avec les hémisphères du cerveau. Ainsi, dans ces cinq observations (d'affections du corps calleux sans paralysie), aucune des parties affectées n'avait de communication directe avec la moelle; et comme cette circonstance est exactement la même dans toutes, et que ce sont les seules dans lesquelles nous n'ayons pas observé de paralysie, il est évident que c'est à elle seule qu'il faut attribuer l'absence de ce symptôme; mais puisque ces parties ne communiquent pas avec la moelle, comment leur inflammation a-t-elle pu déterminer des convulsions? De la même manière que les inflammations de l'arachnoïde, en produisant une irritation dans les parties voisines : ainsi, l'absence de paralysie dans ces cas n'est pas une exception. » (*Lettre IIe*, p. 278.)

(1) Traité des plaies de la tête et de l'encéphalite, etc. Paris, 1830.

Il est évident pour nous que l'idée de cette distinction est empruntée à Gall; nous regrettons que l'auteur ne l'ait pas nommé. C'est Gall qui a démontré que le système nerveux du corps calleux et de ses dépendances forme un système à part; mais il n'en a pas indiqué les fonctions. Nous avons osé aller plus loin que Gall et que M. Lallemand, en parlant des travaux de M. Calmeil. Nous avons mis la sensibilité dans la pulpe qui tapisse tous les ventricules, jusque dans le cervelet, et nous l'avons faite continue avec la surface postérieure de la moelle épinière. Nous avons déduit des faits pathologiques, en attendant d'autres preuves, qui viendront plus tard, que le reste de la substance nerveuse du corps calleux est le siége de la pensée, des instincts et des affections; enfin nous avons dit, toujours d'après une induction qui nous est propre, car nous ne l'avons point trouvée ailleurs, que les fibres blanches, qui du corps calleux divergent vers les circonvolutions, n'avaient, ne pouvaient avoir d'autre usage que celui de mettre les nerfs de la pensée et des instincts, etc., en rapport avec les fibres nerveuses destinées aux muscles.

Comme nous croyons que le cervelet est fait sur le modèle du cerveau, nous y admettons une pulpe centrale du sentiment, continue avec la surface postérieure de la moelle, et derrière elle des fibres, non de pensée, mais de quelques impulsions instinctives, venant des viscères qui divergent vers la périphérie, pour s'y mettre en rapport avec les fibres du mouvement, sur lesquelles les instincts agissent exactement comme la pensée. D'après le même principe, nous voyons la convergence des fibres destinées aux muscles, dans les pédoncules du cervelet, comme elle existe dans les pédoncules du cerveau, et des fibres qui s'en détachent pour marcher avec celles de ces derniers et produire les cordons antérieurs de la moelle.

Quelques détails peuvent nous échapper; nous ne nous arrêtons encore ici qu'au plan d'organisation, et nous croyons que toutes les observations de M. Lallemand viennent, aussi bien que celles de M. Calmeil, à l'appui de notre idée.

En effet, il n'y a point eu de paralysie directe dans l'affection du système nerveux central du corps calleux, mais il y a eu des douleurs lorsque l'inflammation a tourmenté la surface interne des ventricules; l'irritation qui causait cette douleur s'est propagée, on voit comment, dans les fibres des hémisphères et de la base, qui vont aux muscles, et il y a eu des convulsions; enfin, lorsque la compression a été effectuée, soit par la distension des ventricules, soit par la dépression des corps calleux, etc., les relations ont disparu avec la pensée et les affections; et comme les muscles ne pouvaient plus être mus par la volonté, ils sont restés immobiles, et n'ont plus été agités que par l'irritation irradiant des points malades, c'est-à-dire d'une manière convulsive, irrégulière, et rarement.

Cette explication de notre part était utile pour que nos lecteurs pussent distinguer ce qui vient de nous, de ce que nous devons à Bell, à M. Magendie, à Gall et à M. le professeur Lallemand.

Répétons-le en terminant, nous sommes bien loin de croire avoir tout dit sur cette matière si délicate; mais nous aurons beaucoup fait si nous donnons aux pathologistes et aux expérimentateurs l'idée de nouvelles recherches et de nouveaux rapprochemens.

Conclusion sur M. Lallemand.

Quiconque voudra réfléchir à la tâche que M. Lallemand s'est imposée, jugera qu'elle est immense et faite pour occuper la vie entière d'un homme. Elle n'est pas terminée, car son essence est de rapprocher les faits à mesure qu'ils se présentent, et d'en tirer des inductions pour les soumettre au monde savant. Or, les faits ne cessent point de se multiplier, et M. Lallemand ne peut et ne doit pas plus se borner pour l'avenir à ceux qui sont de sa pratique, qu'il ne l'a fait pour le passé. Nous ne manquerons jamais de collecteurs d'observations; c'est le travail brut de la science : il exige du talent et la triture du métier; mais il n'exige pas de génie, et il ne le suppose nullement. C'est à ce dernier, toujours fort rare, qu'est réservée la gloire de faire servir les observations aux progrès de la science; car les collecteurs ne font que l'encombrer, et M. Lallemand est du petit nombre des hommes à qui la nature donne le génie. Sa conception est vaste, sa mémoire forte, son attention soutenue; il voit dans le détail aussi nettement qu'il voit dans l'ensemble; il n'oublie rien, et ses œuvres portent l'empreinte de l'unité systématique bien conçue. Que ce mot révolte quelqu'un, peu nous importe; nous disons la vérité : ceux qui affectent le mépris des conceptions systématiques, par la seule raison qu'il y en a de vicieuses, sont des esprits étroits qui, tous sans exception, sont les très humbles esclaves d'un système; tandis que l'esprit vaste et fort les embrasse dans leur ensemble, et les domine tous également.

C'est en suivant la marche adoptée par M. Lallemand, que l'anatomie pathologique peut être vraiment utile à la science; c'est ainsi que les médecins doivent la concevoir et la traiter. Il a rapproché entre eux les cas analogues; il les a comparés à ceux qui paraissent le plus en différer. Il a signalé les causes, le développement, la marche des phénomènes de vitalité aberrante, qui produisent les altérations des organes. Il ne s'est donc pas borné à montrer les désorganisations agissant sur l'économie, et produisant des symptômes; il a pris le travail désorganisateur à sa source, et a fait voir comment il arrivait à son terme, et comment il était possible de l'arrêter en temps opportun. Il a donné les raisons des différentes formes des altérations que ce travail peut produire; et loin d'isoler ces formes pour leur assigner à chacune un groupe de symptômes arbitraires, il les a rapprochées, comparées, et a cherché, avec une patience infatigable, les raisons des ressemblances et des différences des groupes symptomatiques qui peuvent leur correspondre : différences des causes extérieures, différences du tempérament général, du tempérament local, influences des habitudes de souffrances, des diversions résultant des complications et des modificateurs curatifs; rien n'a été négligé pour porter la lumière sur chacun des sujets qu'il a traités. En un mot, M. Lallemand a été, dans toute la force du terme, un anatomo-pathologiste-physiologiste. C'est dans l'état actuel de la science un titre qu'il ne partage qu'avec un bien petit nombre d'auteurs.

On parle beaucoup de statistique aujourd'hui : M. Lallemand ne l'a pas négligée; il en a laissé de beaux modèles; il en a donné l'exemple à des médecins qui font maintenant beaucoup de bruit avec ce moyen, comme s'il pouvait suppléer à tous les autres; mais M. Lallemand a eu l'art de l'utiliser à propos, sans qu'il portât préjudice aux considéra-

tions physiologiques qui font le principal mérite de son bel ouvrage.

Nous avons cependant quelques reproches à faire au professeur Lallemand : nous ne nous arrêterons pas aux points de doctrine où sa théorie peut différer de la nôtre : de telles chicanes seraient puériles avec un homme de sa taille; mais nous dirons que ses dernières lettres sont moins érudites que les premières; on voit assez que des occupations trop multipliées l'arrachent aux études du cabinet, et ne lui laissent que ce qu'elles ne peuvent lui ravir, la logique, la puissance de rapprochement et l'étendue des conceptions.

Nous en gémissons pour la science et pour l'auteur lui-même; pour l'auteur, car nous avons des raisons de craindre qu'en s'isolant trop des travaux contemporains, il ne devienne injuste envers des hommes qui ont droit à son estime et à ses égards; pour la science, car par cette même raison, il ne ferait pas pour elle tout ce qu'elle a droit d'attendre de ses moyens, de son âge et de ses bonnes intentions.

CHAPITRE XI.

TRAVAUX DE M. LE PROFESSEUR BOUILLAUD SUR LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE.

Convaincu, aussi bien que M. Lallemand, de la supériorité de la méthode physiologique sur toutes les autres, M. Bouillaud en a fait l'application aux maladies de l'encéphale (1); mais il a procédé d'une autre manière; au lieu de commencer par la recherche des modes d'altérations organiques, et de se donner beaucoup de peine pour prouver qu'ils ne sont dus qu'à l'inflammation, le professeur de Paris commence par poser en fait qu'ils ne sont que les résultats divers de ce phénomène morbide; et son ouvrage reçoit le titre de *Traité de l'encéphalite.* Mais son sujet doit être divisé, et, pour ses subdivisions, l'auteur a recours, non pas aux formes résultant des groupes des symptômes, mais à celles des altérations de l'encéphale; de cette manière, son ouvrage se rattache à l'anatomie pathologique, ainsi qu'on en peut juger par les titres de ses quatre sections : 1°, encéphalites qui ne laissent à leur suite que rougeur, injection et tuméfaction; 2°, encéphalites suivies de ramollissement et suppuration, soit à pus disséminé, soit à pus rassemblé dans un foyer; 3°, encéphalites suivies d'abcès enkystés; 4°, encéphalites suivies de diverses productions morbides.

Dans ses recherches sur les trois premières sections, l'auteur se conforme aux principes et même à la plupart des opinions de M. Lallemand, qui lui étaient très connues, et sur lesquelles il porte des jugemens motivés, son traité ayant paru entre la quatrième et la cinquième lettre de M. Lallemand.

Dans la dernière section de son ouvrage, M. Bouillaud va plus loin que ce dernier, car il n'hésite pas à prononcer que les squirrhes, les encéphaloïdes, les tubercules, et autres productions attribuées par l'opinion commune à des causes particulières, spéciales, et dont M. Lallemand ne s'est point encore occupé *ex professo*, ne peuvent être autre chose que des effets des inflammations chroniques de l'encéphale. Le mot de subinflammation ne paraît dans l'ouvrage de M. Bouillaud seul, pas plus qu'il n'a paru dans celui de MM. Bertin et Bouillaud sur les maladies du cœur. Ce professeur n'y voit sans doute autre chose que des nuances de l'inflammation ordinaire. Sur ce point, nous ne pouvons que renvoyer nos lecteurs à ce qui a été dit à l'occasion des travaux de M. Gendrin.

C'est avec beaucoup d'ordre, de méthode, et avec une louable sévérité d'induction que notre auteur procède à l'exposition de ces quatre divisions cardinales de l'encéphalite. Il n'oublie pas non plus de les comparer avec les méningites, les maladies de la moelle, et fournit ainsi les bases du diagnostic différentiel. M. Bouillaud est toujours clair, précis, positif; c'est le caractère de son talent. Presque toujours il parle avec assurance et conviction; mais il sait s'arrêter là où la certitude l'abandonne, et ne paraît pas se plaire dans les conjectures. Ces qualités et les principes qu'il professe, font de ce professeur un excellent classique, dont les ouvrages resteront comme des modèles précieux.

Il n'hésite pas un instant à se conformer aux doctrines de M. Lallemand dans les points où il se trouve d'accord avec lui, et il en fait la déclaration formelle sans chercher par des réticences ou par des équivoques à le déprécier. S'il n'est pas de son avis en quelques points, il l'attaque ouvertement, et soutient ses propres opinions sans amertume et sans ironie.

Nous n'entreprendrons point, comme on doit bien le penser, de donner l'analyse détaillée d'un ouvrage qui est dans la bibliothèque et dans la mémoire de tous les médecins qui ont suivi les progrès de la science. Exposer, rapprocher, comparer les faits, en tirer des conclusions que tout esprit sévère est forcé d'adopter, voilà ce que nous trouverions dans l'ouvrage de M. Bouillaud, comme nous l'avons trouvé dans celui de M. Lallemand. Tous deux sont de la même école, et les différences qui les distinguent au premier abord sont celles du nombre des faits qu'ils ont observés, lus, médités, et dans le temps qu'ils ont consacré à ce travail.

Les autres différences sont celles du talent et du génie; mais sur ce point il ne nous appartient pas de prononcer. Nous dirons seulement que la priorité pour l'application de la méthode au sujet, et par conséquent la publication des idées-mères, appartient à M. Lallemand.

Nous ne nous arrêterons, dans l'examen de l'ouvrage de M. Bouillaud, que sur les faits ou les points de doctrine qui nous paraîtront propres à jeter un nouveau jour sur la physiologie et la pathologie de l'encéphale.

L'*histoire générale* des encéphalites est distribuée de la manière suivante :

1° Caractères anatomiques;

2° Caractères physiologiques, ou signes et symptômes de l'encéphalite;

3° Modifications des symptômes de l'encéphalite, suivant la portion du cerveau qu'elle affecte;

4° Modifications des symptômes de l'encéphalite, selon que l'encéphalite occupe la substance blanche ou la substance grise du cerveau;

5° Résumé de ce qui précède et des travaux alors publiés de M. Lallemand;

6° Influences sympathiques de l'encéphalite;

7° Causes;

8° Traitement.

Nous allons présenter les principales réflexions

(1) *Traité clinique et physiologique de l'encéphalite ou inflammation du cerveau, et de ses suites,* telles que le *ramollissement, la suppuration, les tubercules, le squirrhe, le cancer,* etc. Paris, 1825, in-8°.

que nous a suggérées la lecture de cet important travail :

1° Les *caractères anatomiques* sont d'abord exposés d'une manière générale, et, comme tout le reste, extraits des observations rapportées par l'auteur : on y trouve quatre périodes.

Dans la première, turgescence et injection sanguine, consistance augmentée de la substance de l'encéphale. Dans la seconde, ramollissement par l'effet de l'infiltration séro-purulente, et qu'il ne faut pas confondre avec la fragilité de la substance cérébrale, dont la découverte est due, suivant l'auteur, à M. Dupuytren. Nous présumons qu'il veut parler de ce ramollissement connu de tous ceux qui pratiquent des autopsies, et qui s'observe dans ce tissu, comme dans tous les autres, à la suite des maladies aiguës, prolongées, et des maladies chroniques, avec exténuation générale.

Troisième période : pus rassemblé en foyers, abcès dont le pus varie, pouvant être crémeux, filant, verdâtre, granulé, séreux. Il fait voir le bon pus se collant au pourtour du foyer, où il s'organise en fausse membrane, origine des kystes. L'auteur présume que ces kystes peuvent résorber le pus qu'ils circonscrivent, et cite Riobé.

La quatrième période est celle de la formation de ce qu'on a nommé productions accidentelles. M. Bouillaud comprend dans ces productions les tubercules, les formes cancéreuses, squirrheuses, encéphaloïdes, enfin les formes cartilagineuses, osseuses et cellulaires, dernier terme de la réduction des kystes. Il parle aussi des formes mélaniques et érectiles que M. Cruveilhier a trouvées ; mais notre auteur n'en a point recueilli d'exemples. Ces productions peuvent se combiner, et même sous l'influence d'une cause unique qui en est le point de départ. Or, les observations citées par l'auteur ont prouvé que c'était l'inflammation, puisque souvent on a vu les mêmes productions être la suite de violences extérieures. Dans d'autres cas, l'inflammation, quoique de cause interne, n'en était pas moins évidente, et ses traces paraissaient à côté des productions que l'on attribue à toute autre cause. Comme on pourrait bien nier que la démonstration de l'état inflammatoire fût toujours possible dans les tubercules, les encéphaloïdes, les tissus lardacés, M. Bouillaud exprime l'idée que si ce n'est pas toujours l'inflammation qui les produit, c'est au moins l'irritation. Il ne manque donc ici que le mot de subinflammation, qui serait utile pour distinguer cette irritation de toute autre ; mais l'auteur ne l'a pas admis dans son ouvrage.

M. Bouillaud blâme, avec beaucoup de raison, ceux qui admettent autant de causes qu'il y a de formes dans les altérations organiques ; mais il ajoute que l'histoire de ces altérations ne sera complète que lorsque l'on aura déterminé la raison des différences qu'elles présentent entre elles, que l'on aura analysé les phénomènes moléculaires qui se passent dans leur formation, et qu'enfin l'on connaîtra les rapports existans entre leur composition anatomique et chimique, et celles des parties solides et liquides dans le sein desquelles elles se forment. C'est demander le secret de la chimie organique. Eh ! comment espérerait-on le trouver lorsqu'on ne possède pas encore celui de la chimie brute ? Il termine en avertissant qu'il faut avoir égard aux effets de la production comme corps étrangers.

2° Les *caractères physiologiques* ou *signes et symptômes de l'encéphalite*, offrent d'abord les symptômes de l'inflammation générale du cerveau : elle commence par la forme frénétique. L'auteur la décrit fort bien dans la nuance fébrile : cette nuance correspond, va-t-on dire, à l'arachnoïdite ou méningite des auteurs ; mais M. Bouillaud répond qu'il n'y a point d'arachnoïde générale sans une vive irritation de la masse encéphalique. En effet, l'autopsie montre alors turgescence, consistance et forte injection sanguine dans cette substance. Il est inutile d'ajouter que le siége principal de la congestion sanguine irritative est dans la pie-mère, d'où l'irritation se communique à la substance grise, de là à la blanche, et enfin dans tout l'encéphale ; le délire, le tremblement musculaire, des convulsions diverses en sont la suite.

La seconde période est *celle de compression*. Il décrit l'état soporeux avec ses inégalités d'irritation ou agitation musculaire en diverses parties. Cet état peut alterner d'abord avec le précédent, mais, dans les cas funestes, il finit par être continu.

Tous les médecins savent le reste, c'est-à-dire la mort dans l'état stertoreux, ou la mort subite, etc. Nous ne nous y arrêterons pas.

Viennent ensuite les symptômes de l'*encéphalite partielle*. C'est ici la répétition de MM. Lallemand et Rostan. M. Bouillaud commence par la période d'irritation, et fait remarquer, dans ces groupes de symptômes, qui sont rarement bien purs, la complication des arachnites partielles, qui d'ordinaire ne sont que la propagation du point d'encéphalite, dont l'irritation s'étend vers un point correspondant de la périphérie, ou dans les ventricules. L'auteur pense que les lésions sensitives qui peuvent se rencontrer dans les groupes de symptômes ne correspondent jamais à l'inflammation des circonvolutions supérieures et latérales du cerveau, ni à celle des corps striés et des couches optiques. Ces lésions accusent toujours, suivant lui, l'inflammation de la base de l'encéphale, dans le point où s'insèrent les nerfs des sens. En conséquence, il place l'intelligence avec les mouvemens volontaires, et peut-être même la sensibilité dans les corps striés et les couches optiques, et les centres de chaque phénomène sensitif au point de la base encéphalique où s'insèrent les nerfs de nos sens.

Ces conclusions sont tout-à-fait en opposition avec celles que nous avons tirées nous-même des effets des divers siéges des inflammations encéphaliques. Il est évident pour nous que les renflemens striés et optiques ne contiennent que des fibres de mouvement entremêlées de matière grise. Quant aux sensations, leur lésion ou leur perte par l'affection des points où leurs nerfs s'insèrent, prouve seulement que ces nerfs sont malades dans un point de leur trajet ; mais nullement que la sensation se passe dans ce point. S'il y a quelques probabilités en faveur de M. Bouillaud, nous les discuterons plus tard.

La période de suppuration et de désorganisation de la substance enflammée est traitée fort bien aussi, et conformément aux vues du professeur Lallemand. Il eût été impossible à un esprit aussi droit, aussi ami du vrai, que M. Bouillaud, de s'en écarter. Après avoir amené tous les phénomènes d'excitation musculaire et sensitive à l'abolition complète, l'auteur fait la réflexion que les sens particuliers ne se paralysent qu'avec la sensibilité générale.

Ce fait dépose clairement en faveur de notre opinion : qu'on nous montre des centres particuliers pour chaque perception sensitive, et toute notre théorie s'écroule sans effort. Mais cela nous semble impossible ; le siége des sensations doit être lié avec celui de la sensibilité et des idées. Nous croyons,

en attendant qu'on nous prouve le contraire, que les impressions faites sur les extrémités des nerfs des divers sens n'acquièrent le caractère de perceptions sensitives et d'idées que lorsqu'elles sont parvenues dans la surface interne des ventricules latéraux, et qu'elles ont mis en action le système médullaire des corps calleux.

Notre auteur pense, avec M. Lallemand, que la désorganisation de cette période de l'encéphalite ne produit pas de lésions directes dans les fonctions intellectuelles lorsqu'elle n'existe que d'un seul côté, mais que la turgescence par congestion sanguine, qui l'accompagne, les abolit indirectement par la compression qu'elle exerce sur le lobe opposé. Cette idée de M. Lallemand peut être juste, puisqu'une saignée suffit, dans la plupart des cas, pour rétablir ces fonctions; elle est appuyée par l'effet de la réduction des hernies du cerveau d'un seul côté, d'où résulte cette même abolition qui se dissipe aussitôt que cessant de comprimer, on permet à la hernie de reparaître en dehors. Toutefois, il n'en résulte pas que les fonctions intellectuelles aient un siége double dans les deux lobes; la compression exercée sur les corps calleux produit le même effet : il en est ainsi de l'accumulation d'un fluide ou du développement d'un corps étranger dans les ventricules. En un mot, toute compression peut le produire, et l'on peut aussi bien s'en prendre à la pression exercée sur le système nerveux des ventricules et des corps calleux, qu'à celle soufferte par les renflemens optiques et striés. C'est un fait général pour tout l'encéphale, et qui est de nulle valeur pour la détermination du siége des facultés intellectuelles.

La période de la formation et du développement des productions accidentelles les présente toutes, ainsi que nous l'avons dit, dans notre auteur, sous une seule considération. Les effets qui en résultent sont la compression de la substance cérébrale environnante, d'où l'abolition des fonctions auxquelles elle préside, et à la fin des paralysies sans retour. S'il paraît d'autres symptômes, ils dépendent d'une autre maladie qui vient établir des complications, qui toutefois sont déterminées par la maladie primitive agissant comme corps étranger, ainsi que l'a prouvé M. Lallemand. Ce sont, en somme, des encéphalites nouvelles qui peuvent avoir toutes leurs terminaisons déjà décrites, des hémorrhagies, des méningites, des congestions sanguines, des exhalations ou épanchemens, etc., qui se combinent de diverses manières. Tous ces faits ont déjà passé sous les yeux de nos lecteurs.

3° Les *modifications des symptômes de l'encéphalite suivant la portion du cerveau qu'elle affecte* sont la partie la plus délicate que notre auteur eût à traiter. Il place en tête les modifications du système musculaire selon le siége de l'affection cérébrale. Après Willis et Sabourait, qui n'avaient fait que soupçonner les rapports des muscles avec les diverses régions du cerveau, l'auteur cite Saucerote, qui, le premier, a émis des idées claires sur la correspondance des membres avec certaines parties du cerveau. Selon cet auteur, 1°, les membres puisent le principe de leurs mouvemens dans l'hémisphère qui leur est opposé; 2°, les fibres destinées aux mouvemens des membres, des lèvres, des yeux, viennent de tous les points du cerveau se rassembler aux corps cannelés (1); 3°, outre le croisement connu du bulbe rachidien, il y en a un autre qui fait aller les fibres de devant à l'arrière, et celles de l'arrière à l'avant, de sorte que l'origine des nerfs des membres antérieurs est dans la région postérieure du cerveau; et celle des nerfs des membres postérieurs dans la région antérieure de ce viscère; 4°, dans les paralysies par épanchement, cet épanchement comprime immédiatement la partie qui correspond aux membres les plus affectés, et médiatement l'autre partie.

Voilà des idées qui ont quelques rapports avec celles de M. Lallemand; mais combien cet auteur a dépassé son modèle pour la précision des faits : combien surtout il les a rectifiés !...

Toutefois l'idée du second entrecroisement de Saucerote se retrouve dans l'opinion de MM. Serres, Foville et Pinel-Grandchamp, qui se sont crus autorisés par les faits à soutenir que les corps striés et leurs radiations antérieures président aux mouvemens des membres inférieurs, et les couches optiques, avec leurs radiations, aux mouvemens des membres supérieurs. D'une autre part, Petit de Namur, ajoute M. Bouillaud, avait fait dépendre les mouvemens des membres de la partie supérieure des hémisphères cérébraux. On ne produirait, selon lui, la paralysie dans les expériences directes, qu'en attaquant les corps cannelés ou striés, où ces fibres vont converger.

Nous avons rassemblé ces opinions pour faire voir le développement et la progression des idées sur les fonctions motrices de l'encéphale : exposons maintenant celles de M. Bouillaud; nous proposerons ensuite les nôtres, dont le développement est resté incomplet dans ce que nous avons dit précédemment.

Voici ce qui résulte des recherches de notre auteur sur ce sujet : 1°, paralysie de la parole, lésion des lobules antérieurs du cerveau; 2°, paralysie des membres inférieurs, lésion des lobules moyens ou des corps striés; mais ce fait n'est pas pour lui aussi bien prouvé que le précédent; 3°, paralysie des membres supérieurs, lésion des couches optiques ou des lobules postérieurs du cerveau; la même paralysie peut résulter de la lésion du point de jonction de ces lobules avec le moyen, ou même de la ligature de la partie postérieure du cerveau dans les expériences. La paralysie des muscles de l'œil n'accompagne pas toujours celle des muscles des membres. L'observation clinique n'a pas démontré, dit M. Bouillaud, quel est le point qui lui correspond.

Il rend compte ensuite des résultats des expériences qui attribuent le sens de la vision à un rameau de la cinquième paire; les mouvemens volontaires de l'œil à la troisième et à la sixième paire; les mouvemens instinctifs du même organe à la quatrième paire, dite autrefois le nerf pathétique, qui se trouve ainsi sur la ligne des nerfs respirateurs.

L'auteur fait, après cela, quelques réflexions sur les fonctions des diverses parties de l'encéphale. Si les animaux auxquels on a enlevé les lobes cérébraux peuvent encore marcher, courir, mouvoir les mâchoires, les yeux, les paupières, etc., cela n'est pas en contradiction avec les cas de paralysie et d'apoplexie, puisque les hommes qui en sont affectés retirent leurs membres lorsqu'on les pince fortement. Ils sont alors dans le cas des animaux mutilés, comme il vient d'être dit, car ces derniers ne peuvent, pas plus que l'homme, diriger les mouvemens de leurs membres par des combinaisons intellectuelles.

Sur ces cas nous avons quelques réflexions à faire.

(1) Les couches optiques n'étaient pas à cette époque assimilées aux corps striés ou cannelés. On n'y a pensé que depuis Gall.

L'insertion de tous les nerfs cérébraux est également à la base de l'encéphale. Celle de la huitième paire y est aussi bien que celle des nerfs de l'ouïe et de la vue, qui sont les principales sources de nos connaissances sur ce qui se passe dans le monde extérieur. Les nerfs olfactifs, qu'on dit insérés au fond de la scissure de Sylvius, se prolongent également jusqu'à la base, et y trouvent, comme les optiques, qu'on peut suivre jusqu'aux tubercules quadrijumaux, la couche blanche du sentiment. S'ils avaient besoin des fibres motrices, ils les y trouveraient aussi.

Au surplus, soit qu'il y ait, soit qu'il n'y ait pas de fibres du mouvement dans les nerfs cérébraux, ils s'insèrent tous à la base de l'appareil encéphalique, et les inflammations qui se déclarent à cette base ne peuvent jamais manquer de léser leurs fonctions.

Voici maintenant la différence que nous apercevons entre ces nerfs. Il en est qui n'ont besoin que de cette insertion pour l'exécution de leurs fonctions; telle est la huitième paire, qui ne cesse d'agir et de provoquer l'action des muscles respirateurs, quoiqu'on ait enlevé toute la substance cérébrale qui est placée au-dessus de son point d'insertion, jusqu'à ce que cette insertion soit détruite, ainsi que l'ont prouvé les expériences de Legallois. Tous les nerfs respirateurs insérés au-dessous de cette même paire reçoivent d'elle l'impulsion qui les force à dilater la poitrine; mais, privés de l'influence de cette paire, ils restent dans l'inaction. Mais les muscles respirateurs ont d'autres fonctions que celle de faire respirer : la volonté s'en sert pour la production de la parole, etc. Il faut donc que les nerfs qui leur donnent le mouvement communiquent avec la masse cérébrale, et cette communication n'est nullement douteuse. Donc lorsque le cerveau sera détruit ou comprimé, cette partie des fonctions des nerfs respirateurs sera abolie. Il ne restera que celle qui est relative à la respiration, et celle-ci persistera autant que la vie, parce qu'elle n'a point besoin de l'influence de l'intellect.

Pour les muscles des membres, la question est beaucoup moins claire. Il doit y avoir des différences dans leur dépendance de la partie intellectuelle, suivant le degré de l'échelle zoologique. Il parait très certain qu'ils n'agissent point chez l'homme d'une manière régulière et coordonnée, sans l'influence de l'intellect, ou du moins des opérations instinctives (exemple : les mouvemens du fœtus). Ils peuvent tout au plus, dans les cas où ils sont paralysés par les altérations cérébrales, exciter des mouvemens momentanés provoqués par le pincement, la brûlure, etc. Encore peut-on attribuer ces mouvemens à ce qui reste de fonction à la partie sensitive et instinctive du cerveau. Mais M. Magendie montre des lapins privés des lobes cérébraux, qui se grattent le nez avec leurs pattes lorsqu'on y applique de l'ammoniaque; et d'ailleurs tout le monde sait qu'un canard auquel on a coupé la tête peut encore marcher et sauter. Plus on descend dans l'échelle, plus ces mouvemens combinés des muscles locomoteurs deviennent prononcés et durables : il n'est personne qui n'ait admiré les mouvemens des reptiles auxquels on a coupé la tête.

Faut-il donc conclure de ces faits que l'appareil encéphalique n'est pas le régulateur des mouvemens des membres dans notre espèce ? Non certes; mais uniquement que chez les animaux dont il s'agit, les régions de la moelle où s'insèrent les muscles des membres contiennent proportionnellement plus de fibres nerveuses de sentiment et de mouvement, qu'il n'en existe chez l'homme, d'où il résulte que l'impulsion du cerveau est moins nécessaire chez eux que chez ce dernier, pour mouvoir et régulariser l'action des membres.

Je dirai plus : cette particularité existe chez nous jusqu'à un certain point pour les membres pelviens. L'altération du cerveau détruit sans retour, lorsqu'elle est intense, l'action des bras; mais celle des cuisses et des jambes se rétablit très souvent, avec le temps, chez les hémiplégiques, quoiqu'ils restent toute la vie paralytiques des bras. Cela dépend uniquement de ce qu'il y a plus de matière nerveuse de sentiment et de mouvement, et plus de substance grise dans la région lombaire de la moelle, qu'il n'en existe dans la région cervicale.

C'est donc mal à propos que les physiologistes et les anatomo-pathologistes se tourmentent pour déterminer dans quelle région de l'encéphale se trouve le principe du mouvement de tel ou tel muscle. La question peut se résoudre en général de la manière suivante : Si le point de la moelle ou de l'encéphale qui donne insertion aux nerfs d'un muscle possède assez de fibres du sentiment, du mouvement, et assez de substance grise (moyen de l'influence sanguine) pour suffire à l'action de ces nerfs, là sera le mobile nécessaire de cette action. Toutefois cela n'empêchera pas que les mêmes nerfs ne puissent être mis en action par d'autres régions de l'appareil encéphalique, parce que les nerfs d'un muscle doivent avoir, dans l'encéphale, autant de communications qu'il y a de points dans cet appareil qui peuvent mettre ce muscle en action.

Les racines des nerfs de tous les muscles soumis à la volonté, se multiplient donc extrêmement dans l'appareil encéphalique, et le principe de leur action ne saurait y être circonscrit dans un point quelconque. En effet, les facultés de l'homme qui ont des droits sur l'action musculaire sont nombreuses : donc les racines des nerfs musculaires doivent l'être aussi, et voilà, comme nous l'avons dit, ce qui explique le grand volume du cerveau chez les hommes et chez les animaux qui ont des instincts variés et des facultés intellectuelles multipliées.

De là résulte, sous le rapport de l'anatomie pathologique et de la séméïotique, que les convulsions pourront être également produites, et par la maladie du point d'insertion des nerfs musculaires, et par celle de toutes les régions de l'encéphale où les prolongemens de ces nerfs sont en communication avec ceux du sentiment, des instincts et de la pensée; aussi, voyons-nous également naître des convulsions par les inflammations et les hémorrhagies de la moelle, du bulbe rachidien, du pont de Varole, du cervelet, et des hémisphères du cerveau.

Il résulte encore de là que les points de cet appareil qui réunissent le plus de fibres nerveuses musculaires, sous un petit volume, sont précisément ceux où les inflammations, les hémorrhagies et les solutions de continuité, par une cause quelconque, produiront les paralysies les plus étendues; tels sont les renflemens optiques et striés, les pédoncules du cerveau; et si la maladie siége dans le centre du bulbe rachidien, la paralysie deviendra facilement générale, n'existât-elle primitivement que d'un seul côté, parce que l'altération organique gagne facilement toute l'épaisseur du cylindre médullaire.

Comparez ces altérations à celles qui se seront formées dans les hémisphères, et près de la périphérie du cerveau; vous trouverez que celles-ci provoqueront facilement des douleurs, et surtout

des convulsions; mais vous vérifierez qu'elles ne détermineront jamais de paralysies, à moins qu'il ne s'y joigne une compression de tout l'hémisphère. Par la même raison, vous dissiperez par les saignées les hémiplégies qu'elles auront produites, quand même il y aurait une perte de substance considérable; tandis que ce moyen ne pourra jamais dissiper subitement une hémiplégie produite par une altération organique dix fois moins étendue, qui siègera dans les renflemens striés et optiques, ou un peu plus bas.

Les plaies du crâne, avec hernie du cerveau, vous donneront la preuve irrécusable de cette vérité: retranchez la substance cérébrale sortante, rien ne sera paralysé; faites-la rentrer, vous produirez l'hémiplégie du côté opposé; et si la compression est extrême, la paralysie générale avec l'abolition du sentiment.

Nous ne saurions donc admettre les rapports de paralysies des membres avec les régions du cerveau, telles que nous les avons résumées plus haut, d'après l'ouvrage qui nous occupe.

Quant aux rapports des muscles de la parole, de la mastication, des yeux, avec l'encéphale, ils ne peuvent s'éloigner de la loi que nous venons d'exprimer; s'il y a quelques différences, elles doivent provenir du trajet que parcourent les racines de ces nerfs dans l'encéphale: mais nous n'avons pas ici le loisir de nous en occuper. M. Bouillaud présumait, lorsqu'il composa son livre, que les lobules antérieurs du cerveau renfermaient les organes de la parole; mais il faut observer que lorsque les lésions de cette partie ont aboli la phonation, il y avait turgescence et compression exercée, non seulement sur tout l'hémisphère, mais aussi sur les ventricules et sur la base du cerveau. Ces faits ne sont donc point décisifs; ils le sont d'autant moins que la lésion de la parole est accompagnée de beaucoup d'autres, de celles de l'intelligence surtout, comme l'a très bien observé l'auteur lui-même.

Les cas morbides où la lésion de la parole serait sans complication de lésion intellectuelle, seraient ceux où l'insertion des nerfs vocaux serait affectée d'une manière assez peu grave pour n'entraîner ni turgescence, ni congestion dans le voisinage. Ces cas existent quelquefois à la suite des attaques d'apoplexie; mais les observations à nous connues ne sont pas encore assez précises pour que nous osions nous prononcer.

L'auteur est ensuite conduit par son plan à rechercher *les modifications des fonctions sensitives, selon le siége de l'affection cérébrale*. Cette question est beaucoup plus difficile que la précédente. Il voudrait trouver des centres nerveux pour chaque perception sensitive: il en présume l'existence; mais il pense que le tact général n'a point de siége particulier... Tous les sens, y compris le tact, ne peuvent être, selon nous, que des modifications de la faculté de sentir, dont nous avons assigné plus haut les différens siéges: chaque nerf sensitif doit la modifier à sa manière dans les ventricules, et avec elle la substance du corps calleux qui préside à la pensée. Aussi ne trouvera-t-on jamais des centres de sensations circonscrits et partagés entre les diverses régions du cerveau; mais on pourra constater les rapports de quelques lésions particulières des sens avec les points d'insertion de leurs nerfs.

Lorsque la surface sensitive de la moelle cesse de communiquer avec celle du cerveau, il n'y a plus de perception au-dessous de la lésion; mais la fonction de la pulpe médullaire qui la fournissait n'a pas perdu pour cela toutes ses fonctions: elle les exerce encore relativement aux fibres nerveuses du mouvement avec lesquelles elle est en rapport. Mais nous ne saurions entreprendre ici l'examen de cette question, qui sera traitée dans notre ouvrage sur *l'Irritation et la Folie*.

Les modifications des fonctions intellectuelles suivant le siége de l'affection cérébrale paraissent difficiles à constater, dit l'auteur, attendu 1°, que les deux côtés sont rarement malades en même temps, et qu'un seul suffit pour la fonction; 2°, qu'une lésion un peu étendue réagit sur toute la masse encéphalique et en trouble toutes les fonctions; 3°, que la lésion de la parole, lorsqu'elle survient, empêche le médecin d'apprécier les lésions intellectuelles. Cette dernière raison n'est d'aucun poids, puisque les muets intelligens savent se faire entendre. Mais ce n'est pas la question la plus importante dans l'espèce.

Ici l'auteur s'explique sur la perte de la parole par suite des affections des lobules antérieurs: il l'attribue surtout à la lésion de l'intelligence, ou du moins de la mémoire des mots; mais il croit que la perte des mouvemens et de la parole se rattache encore à la même lésion, ou à peu près.

Pour affirmer cela comme un fait, il faudrait être sûr que la lésion dont il s'agit ne causât pas congestion, turgescence, compression du système du corps calleux; car il est bien certain que toute congestion du cerveau, quel que soit le siége de la lésion qui la provoque, peut tout aussi bien abolir la mémoire des mots, que celle qui dépend de la lésion des lobules antérieurs. Toutefois, nous n'oserions affirmer que cette dernière ne produisît pas plus efficacement cette abolition, puisque, d'après les observations de Gall, la faculté de se souvenir des mots est d'ordinaire en proportion du développement de quelques unes des circonvolutions qui reposent sur la voûte orbitaire. Plus tard, et dans un autre ouvrage, nous exposerons nos idées sur les organes des phrénologistes.

L'auteur est parti des données de la phrénologie pour ajouter que certains bégaiemens ou des mutités, sans perte de l'intelligence, peuvent dépendre d'un vice de cette région du cerveau. Il y trouve aussi la raison pourquoi les animaux, qui l'ont moins développée que l'homme, ne parlent pas; pourquoi l'enfant, qui n'a point l'intelligence cultivée, ne peut parler, tandis que son instinct, qui n'a pas besoin d'éducation, lui apprend d'abord à téter; pourquoi le geste se perfectionne chez le muet intelligent; mais il faudrait montrer un muet qui ne fût point privé de l'audition, et ces muets rentrent dans les bègues.

Beaucoup d'autres organes ayant leur siége dans les lobules dont il s'agit, on ne doit pas s'étonner, ajoute l'auteur, du beau front de l'homme. Tout cela est vrai, mais il ne faut pas tout voir dans le front; il faut penser à la région antérieure des corps calleux qui lui fournit une grande partie de sa substance blanche. Or, nous sommes persuadé que les lésions de cette partie de l'encéphale, ou son défaut de développement, nuiraient pour le moins autant aux fonctions des lobules antérieurs, que leurs propres lésions. D'ailleurs il est à présumer que si le corps calleux était peu développé dans la région qui fournit des fibres à la région frontale du cerveau, celle-ci devrait nécessairement être peu volumineuse. C'est donc une étude à faire que celle des rapports de développement des différentes régions du corps calleux, avec celles des hémisphères qui en reçoivent les radiations.

Doit-on rapporter encore aux vices de la région

frontale du cerveau les pertes partielles de mémoire, l'oubli exclusif des substantifs ou des adjectifs, l'impossibilité de prononcer un mot qu'on peut écrire, mais auquel on en substitue un autre dans le discours; l'oubli d'une langue apprise dans l'âge adulte, avec conservation de la langue maternelle, tous faits qui ont été bien constatés? L'auteur est de cet avis : quant à nous, nous pensons qu'il faut toujours y joindre la considération de l'état des corps calleux, et que des recherches pathologiques doivent être faites dans ce sens. Nous en avons donné précédemment les motifs.

Au surplus, il n'est pas possible de supposer l'existence d'autant d'organes particuliers qu'il y a de nuances dans nos facultés sensitives et intellectuelles. Cela ne peut être prouvé; on se jetterait dans les hypothèses si l'on allait jusqu'à supposer une fibre pour chacune de ces nuances, et l'on tomberait dans le ridicule. On constate bien le rapport d'une région du cerveau avec un groupe plus ou moins considérable de facultés; mais on ne peut subdiviser la région pour la faire correspondre avec chaque nuance du sentiment et de la pensée. Il est un terme où la phrénologie doit s'arrêter.

L'auteur ne pousse pas plus loin ses recherches sur les rapports du siége des lésions cérébrales avec les facultés intellectuelles. Il se tait sur celles de ces facultés qui nous donnent des notions et des souvenirs sur les attributs matériels des corps, sur leur arrangement, sur les faits d'histoire, sur la durée du temps; il ne parle pas des organes du jugement, de l'imagination, des sentimens moraux, des instincts, en un mot de la très grande majorité des facultés admises par les phrénologistes. Il laisse donc une lacune immense : c'est peut-être parce qu'il pense qu'on trouvera plus de ressource, pour ce genre d'étude, dans la pathologie comparée des deux substances de l'encéphale. En effet, le paragraphe où il s'en occupe est le suivant :

Modification des symptômes de l'encéphalite selon qu'elle occupe la substance blanche ou la substance grise, etc.

Ayant égard aux idées de MM. Serres, Foville, Pinel-Grandchamp et La Crampe-Loustaud, qu'il avait ailleurs prises en considération dans les rapports des lésions de l'encéphale avec les paralysies, M. Bouillaud penche à croire que la substance grise est l'organe de la sensibilité, et la blanche, celui des mouvemens. Toutefois, il n'ose pas plus affirmer ce fait que les rapports des corps striés et des couches optiques, tels que ces auteurs les ont admis. Il s'arrête donc, et croit qu'il est plus prudent de se borner à affirmer le positif, que l'affection de la substance corticale détermine le trouble des facultés intellectuelles, et il s'appuie des observations de MM. Martinet et Parent du Chatelet, qui ont prouvé que le délire appartient à l'inflammation de l'arachnoïde qui revet la convexité du cerveau. Cette réticence est d'un homme sage, et fait beaucoup d'honneur à M. Bouillaud, dans un moment où tant de médecins, séduits par des observations nouvelles auxquelles les conditions de certitude pouvaient manquer, se sont empressés d'adopter des explications prématurées.

Certes, il n'est pas possible que l'opinion des auteurs que nous venons de citer résiste, nous ne disons pas seulement aux faits qui viendront plus tard, mais même aux déductions que nous pouvons tirer dès à présent de ceux qui nous sont connus. Quoi! l'on refuserait d'admettre, comme chose évidente, que puisque dans les nerfs extrâcrâniens les fibres blanches servent au mouvement et au sentiment, elles doivent avoir les mêmes usages dans le crâne aussi bien que dans le rachis! D'ailleurs, pour le sentir et pour le mouvoir, il faut un tissu dont toutes les parties soient en communication entre elles : la substance grise s'offre par portions isolées; la blanche seule est partout continue avec elle-même. Mais n'allons pas plus loin...

Quant à ce qui concerne la manière dont l'arachnitis ou plutôt la *pie-mérite* affecte les facultés mentales et les mouvemens, nous ne pouvons que renvoyer pour le moment à ce que nous en avons dit dans cet ouvrage à plusieurs reprises, depuis que nous nous occupons des maladies de l'appareil encéphalique. Nous sentons combien tout cela est incomplet, mais nous avons promis de nous en occuper dans un autre ouvrage. Tout ce que nous disons dans celui-ci n'a pour but que d'engager les médecins qui ont plus de loisirs et d'occasions que nous, à approfondir ces importantes questions.

Après avoir exposé les détails de l'histoire générale de l'encéphalite, M. Bouillaud en donne le résumé, dans lequel nous nous abstiendrons de le suivre. Nous avons remarqué sans surprise qu'il excepte le corps calleux dans ce résumé; nous nous y attendions, parce qu'il n'avait point rapporté d'observation tendant à faire ressortir les symptômes de l'inflammation de ce système nerveux. La maladie qui l'attaque le plus directement est la phlegmasie des ventricules, dite hydrocéphale, ou hydrencéphale, tant aiguë que chronique, et M. Bouillaud ne s'en est point occupé *ex professo*. D'autres affections y ont été observées qui intéressaient primitivement l'épaisseur et le centre de ce corps; mais M. Bouillaud ne s'est pas non plus attaché à en recueillir des exemples. D'autre part, il n'a point eu l'idée que les méningites de la périphérie l'attaquassent dans ses expansions, et ne pussent produire le délire que de cette manière. Ce délire n'a été encore imputé par aucun pathologiste qu'à l'irritation des hémisphères; savoir : 1°, par les uns, d'une manière vague; 2°, par les autres, en l'attribuant à l'affection de la substance grise; 3°, par quelques autres enfin, en accusant en même temps l'irritation de la substance blanche; mais aucun, que nous sachions, n'a songé à la distinction que nous avons proposée. Nous la rappelons ici pour la dernière fois : elle consiste à attribuer, dans les *pie-mérites* ou méningites : 1°, le délire à l'irritation des expansions du corps calleux, qui doivent se propager jusqu'à la substance grise des circonvolutions; 2°, les convulsions à l'irritation des expansions des fibres blanches des pédoncules qui ont des expansions dans cette substance : voilà pour les phlegmasies de la périphérie.

On peut se rappeler maintenant que des milliers de faits ont établi que lorsque le système du corps calleux est irrité par son centre, c'est-à-dire dans les ventricules latéraux, l'aquedue de Sylvius, le troisième ventricule, la douleur devient le caractère prédominant, et que les convulsions s'observent particulièrement dans les muscles de la face et des sens. D'autre part, personne n'ignore que, par suite des progrès de cette inflammation, aussi bien que de celle de la pie-mère, et par les exhalations et les congestions qui en résultent dans les ventricules et à la périphérie, on observe l'abolition des rapports dans l'état aigu, et leur extrême diminution dans l'état chronique; de plus, on se

souvient que dans le dernier cas les malades périssent avec idiotisme et paralysie générale. On n'ignore pas non plus que dans la phlegmasie ventriculaire, l'idiotisme et l'état soporeux sont interrompus par des convulsions; or, avec toutes ces données présentes à l'esprit, on aura l'idée sommaire de la manière dont nous concevons les fonctions et les maladies du système nerveux du corps calleux, et des rapports qui le lient aux autres parties de l'appareil encéphalique.

Sur la question des *influences sympathiques de l'encéphalite*, nous avons trouvé M. Bouillaud plus satisfaisant qu'aucun des auteurs qui ont traité de cette maladie. Mais nous pensons que, pour être complet sur cette matière, il aurait eu besoin de notions plus positives sur les fonctions du corps calleux et de ses expansions, et sur la prolongation de sa surface interne avec la surface sensitive de la moelle épinière : ces notions ont aussi manqué à Lallemand; mais il n'a pas encore terminé son grand ouvrage.

Les *causes* de l'encéphalite sont fort bien indiquées par M. Bouillaud : ici, comme dans ses considérations sur les sympathies du cerveau enflammé, avec les divers appareils, il a parlé en physiologiste profond, ce qui lui donne bien des avantages sur beaucoup d'auteurs; il s'est d'ailleurs conformé à la théorie de M. Lallemand.

Le *traitement* est tel qu'on avait droit de l'attendre de la part d'un anatomo-pathologiste praticien, profondément pénétré des avantages immenses de la méthode physiologique sur toutes les autres. Sous ce rapport, le plus important de tous, pendant que d'autres délibèrent et attendent le complément du groupe de symptômes, les nôtres, contens d'avoir reçu l'éveil par l'explosion de l'irritation d'un organe, se hâtent d'agir : telle est la source de leurs succès. Peut-être ne serions-nous pas en tout point d'accord avec notre savant confrère, sur l'emploi des émétiques en lavage dans les phlegmasies cérébrales; mais ce sont là de ces petites dissidences que la pratique peut faire cesser. D'ailleurs, sur la question de la révulsion par la provocation des excrétions, dans les maladies inflammatoires, chacun a ses habitudes et ses secrets de pratique, qu'il ne faut jamais contester : une saignée de plus ou de moins, soit sur l'organe enflammé, soit sur les voies gastriques, pour les préparer à recevoir l'agent de la révulsion sécrétoire; les boissons accordées, le régime prescrit ou négligé; le temps, l'opportunité, bien ou mal saisis, donnent, dans les résultats, des différences dont on ne se douterait guère en se bornant à considérer la question d'une manière générale et abstraite.

L'ouvrage de M. Bouillaud sur l'encéphalite est, nous le répétons, tracé sur un plan vaste, exempt d'ontologie, et portant l'empreinte de la bonne école; toutefois nous ne doutons pas que l'auteur, mûri par l'âge et perfectionné par les travaux que lui impose la chaire de clinique qu'il a conquise dans la Faculté de Paris, ne nous le redonne un jour plus complet, et par conséquent supérieur encore à ce qu'il est aujourd'hui.

CHAPITRE XII.

TRAVAUX ANATOMO-PATHOLOGIQUES DE M. LE DOCTEUR OLLIVIER (D'ANGERS) SUR LES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Il manquait une application de l'anatomie pathologique aux maladies de la moelle épinière. M. le docteur Ollivier (d'Angers) remplit cette grande lacune en l'année 1827, et nous lui devons un ouvrage classique de la plus haute importance (1).

L'auteur débute par la description de la moelle, et, s'aidant des travaux de ses devanciers, il ne laisse rien à désirer sur ce point.

Il cherche ensuite à déterminer les fonctions de ce prolongement de l'encéphale. Chaque région préside à des mouvemens musculaires particuliers, exerce des influences sur l'action des viscères qui lui correspondent, et, de plus, sur la circulation capillaire, sur la sensibilité et sur la température de la peau du tronc, toujours dans la région qui lui correspond. C'est ainsi que les mouvemens des muscles respirateurs et des muscles des membres se trouvent sous l'influence de la moelle, depuis le bulbe rachidien jusqu'au coccix. Mais il faut remarquer, pour l'intelligence de la pathologie de la moelle, que l'insertion des nerfs phréniques ou diaphragmatiques ne correspond point à la situation du diaphragme, mais se fait au bas du col, entre la cinquième et sixième vertèbre cervicale. La huitième paire, qui communique avec le bulbe rachidien, influe beaucoup sur l'animation des viscères; aussi la destruction des respirateurs qui lui sont inférieurs ne tue pas subitement, mais par suffocation et paralysie des mouvemens inspirateurs; tandis que la destruction du point d'insertion de ce nerf détermine une mort subite, sans aucun signe de vie restant perceptible. Concluons-en que la huitième paire est un nerf de sentiment qui détermine, en apportant à la base de l'encéphale la stimulation du besoin d'air, l'action des muscles dilatateurs, et l'influence de l'innervation sur le cœur. Dès que l'insertion de cette huitième paire est détruite, plus d'impulsion qui porte à respirer, car les respirateurs ne sont que des nerfs centrifuges ou de mouvement, qui ne peuvent transmettre au cerveau le sentiment du besoin d'inspiration. Tant que cette insertion existe, le sens respirateur, qui y réside, se sert de ce qui reste de respirateurs insérés au-dessous de lui; si les intercostaux ne communiquent plus dans le cas où l'on détruit la moelle de bas en haut, ce sens dispose encore de sa plus grande ressource, le nerf phrénique; si celui-ci ne va plus jusqu'à la moelle, le sens dont nous parlons y supplée par les respirateurs du cou, des épaules, qu'il domine encore : il peut être, dans quelques cas, réduit au nerf facial, qui ne lui est pas d'un grand secours, parce qu'il ne fait ici que dilater les narines; tandis que si vous détruisez l'encéphale du haut vers le bas, la respiration cesse au moment où vous attaquez ce sens dans l'insertion de la huitième paire; et cela, quoique tous les respirateurs et surtout le plus puissant d'entre eux, le diaphragmatique, aient leur origine encore intacte. Ainsi, quoique la nature ait multiplié les nerfs avec les muscles inspirateurs, elle ne nous a donné qu'un seul nerf pour avertir l'instinct du besoin d'inspiration, et obtenir de lui l'innervation qui doit mouvoir les muscles inspirateurs.

Ce léger aperçu suffit pour démontrer, sans réplique, que c'est à tort que l'on voudrait établir dans le cordon rachidien un ou plusieurs centres nerveux capables de pourvoir aux besoins de la respiration; les principaux inspirateurs y sont; mais la puissance qui les met en mouvement ne se trouve qu'à l'insertion de la huitième paire. C'est elle qui coordonne les mouvemens inspirateurs; mais seulement pour la respiration, et nullement pour ce qui concerne la phonation, la toux, le rire, l'éternuement, les soupirs, les sanglots, mouvemens qui supposent l'intervention de la pulpe sensitive du cerveau.

La moelle rachidienne peut-elle coordonner seule les mouvemens des muscles? Il y a bien une surface sensible dans le rachis; cette surface pourrait, la peau des membres étant stimulée, faire appel aux fibres qui les font mouvoir, et provoquer quelques contractions, semblables à celles du galvanisme; mais, à coup sûr, elle ne pourra jamais, du moins chez l'homme, coordonner les mouvemens de ses membres au gré de la volonté, si elle n'est continue avec la surface interne des ventricules du cerveau, ou pour le moins du cervelet, chose sur laquelle il nous reste encore beaucoup de doutes.

Or, nous trouvons que M. Ollivier d'Angers a laissé trop de vague sur cette question, et qu'il a rendu la moelle épinière trop indépendante de l'encéphale; il en a jugé par des cas où la moelle a paru détruite dans toute son épaisseur, quoique les membres inférieurs eussent conservé quelques mouvemens volontaires. Mais on est en droit de lui répondre que la communication de la surface sensitive de la moelle épinière avec celle de l'encéphale, ou n'a pas été complètement détruite, ou n'a achevé de l'être qu'aux approches de la mort et dans l'agonie; en un mot, que ces observations sont incomplètes. C'est un point sur lequel il est indispensable de revenir, car il est bien avéré que l'on n'a jamais vu les membres exécuter des mouvemens réguliers après la décapitation ni après les altérations morbides qui ont détruit la continuité des fibres nerveuses au bulbe rachidien. Paralysie des quatre membres, disent tous les observateurs; nous pensons de même, et les cas où elle n'est pas complète supposent, selon nous, que quelques faisceaux de fibres, tant sensitives que motrices, ont échappé à la solution de continuité. Si des animaux peuvent four-

(1) *De la moelle épinière et de ses maladies*, 2e édition; Paris, 1827. 2 vol. in-8o, figures.

nir la preuve du contraire, c'est que leur moelle est organisée autrement que celle de l'homme. Le temps du merveilleux et des prodiges d'exception s'éloigne de nous. Il faut que l'incertitude et le doute cessent pour tous les cas où la certitude peut être obtenue.

Notre auteur fait présider la moelle épinière à la vie intérieure, et note, d'après certains anatomistes, que les cordons de communication du trisplanchnique avec ce corps ne communiquent qu'avec les racines postérieures des nerfs spinaux, qui sont celles de la sensibilité, après avoir traversé leurs ganglions. Il en résulterait que le nerf trisplanchnique serait un nerf de sensibilité, et qu'il aurait pour principal usage de dénaturer les stimulations venant des viscères et qui chemineraient vers le cerveau. Cela n'expliquerait qu'en partie le peu de sensibilité des viscères, car la huitième paire s'y trouve aussi; mais il en résulterait qu'elle serait le principal moyen de nos perceptions intérieures.

Ce fait anatomique nous dirait aussi pourquoi la volonté ne peut faire mouvoir les muscles viscéraux, puisque l'encéphale ne leur enverrait pas de nerfs de mouvement; mais cela n'expliquerait pas encore toutes les particularités de la physiologie des viscères dans leurs rapports avec les instincts, les besoins, les sentimens, la volonté, car il est bien prouvé que le cerveau stimule directement tous les viscères sans et malgré l'influence de la volonté. Par quels nerfs agit-il sur ces organes? est-ce par ceux du sentir? mais ce sont des nerfs centripètes; seraient-ils donc aussi centrifuges, ou bien y aurait-il dans la huitième paire ou dans les nerfs rachidiens un mélange de fibres centripètes et de fibres centrifuges? Y aurait-il dans les rapports de ces nerfs avec le trisplanchnique des ganglions pour dénaturer l'innervation centrifuge, comme on en suppose pour la centripète? Ces questions sont trop vastes pour que nous puissions nous y engager; au surplus, en voilà bien assez pour faire sentir qu'il n'est pas exact de dire que la moelle épinière préside à la vie intérieure; elle y contribue sans doute pour sa part; mais la huitième paire y exerce une influence égale ou peut-être supérieure à celle des nerfs auxquels la moelle rachidienne donne insertion. Mais le rôle du trisplanchnique n'est pas fixé; mais on ignore jusqu'à quel point ses cordons peuvent communiquer avec les nerfs de mouvemens; mais on ne sait pas quels sont les rapports capillaires des nerfs de relations qui accompagnent les artères avec les nerfs splanchniques dans les viscères; mais on n'est pas bien sûr qu'il n'y ait pas quelques filets de mouvemens insérés avec ceux de sensibilité, sinon dans le système entier, au moins dans quelques branches de la huitième paire. Il faut attendre. Ainsi, dire vaguement, et sans preuve nouvelle, que la moelle préside à la vie intérieure, c'est laisser la question au point où elle était déjà depuis long-temps.

Enfin, pour terminer la question de physiologie, M. Ollivier penche vers l'opinion qui établit le siége de la sensibilité dans la substance grise. Ses fondemens ne sont pas plus solides que ceux des auteurs que nous avons déjà cités, et plusieurs faits ou opinions rapportés dans son ouvrage déposent contre cette singulière assertion. Il cite lui-même Bellingheri, à qui ses propres expériences ont appris que la lésion de la substance grise n'intéresse ni le mouvement, ni la sensibilité, qui ne s'affectent jamais si l'on n'attaque les cordons blancs. Il rapporte des cas pathologiques où la substance grise, qui est centrale, était détruite par l'inflammation, quoique la sensibilité fût intacte, ou ne fût intéressée que vers la fin de la vie, c'est-à-dire lorsque l'irritation avait eu le temps de dépraver l'action des fibres blanches voisines, et d'amener des collections de liquides qui les comprimaient, comme on le voit arriver dans les maladies du pourtour et du centre encéphalique.

Au fait, toute la physiologie, toute la pathologie, et surtout l'anatomie comparée, tendent à prouver que la matière grise n'est qu'un tissu pulpo-capillaire intermédiaire entre les vaisseaux sanguins et les fibres blanches, inutile partout où ces fibres sont peu multipliées, nécessaire dans les régions où elles le sont beaucoup, et dans celles surtout où les fibres nerveuses, ayant beaucoup d'action, ont besoin de trouver beaucoup de sang à leur portée. C'est pour cela que cette substance grise n'est point continue dans l'étendue de l'appareil sensitif et moteur; qu'elle n'existe qu'en très petite quantité chez l'enfant et chez une foule d'animaux de bas étage, où le système sanguin est peu développé, etc.; mais en voilà bien assez. Peut-être faut-il moins combattre que laisser tomber peu à peu cette fausse opinion qui a pu séduire d'abord, faute de faits et de rapprochemens; mais qu'aucun bon esprit n'entreprendra, ce nous semble, de relever désormais.

Arrivé à la partie pathologique, M. Ollivier d'Angers s'occupe d'abord des *vices de formation*, et y fait preuve d'érudition et de bon jugement. Il importait de mettre ces vices à cette place pour servir de complément à la physiologie de la moelle épinière.

Les mêmes motifs justifient le chapitre des *maladies de la moelle et de ses membranes chez les nouveau-nés*. L'auteur commence à y faire intervenir l'irritation et l'inflammation en homme qui n'est point resté étranger aux progrès de la médecine physiologique.

Viennent ensuite les *plaies*, *contusions*, *compressions brusques*, *déchirures de la moelle et de ses membranes*, *luxations*, *fractures*, etc.; sujet parfaitement à sa place, puisqu'il donne à l'auteur l'occasion d'entrer dans la médecine par la chirurgie. Il fait voir comment ces maladies, dont le siége est évident, analysent les fonctions de l'ensemble rachidien, en fixant d'une manière précise celle de chacune des régions dont il se compose. On voit ainsi intervenir l'inflammation comme suite de ces violences externes; et le changement que ce nouvel état pathologique amène dans les symptômes sert à confirmer ce qu'on sait des fonctions de la partie affectée, et à préparer l'esprit à l'interprétation des lésions de même nature développées primitivement dans le canal rachidien. M. Lallemand avait donné l'exemple de cette association de la chirurgie à la médecine, conformément aux principes de la méthode physiologique.

On doit noter que l'érection du pénis figure au nombre des effets de l'inflammation médullaire par causes traumatiques. Nous devons encore faire observer que les inflammations débutent dans la moelle rachidienne aussi bien que dans l'encéphale, par la substance grise qui est centrale, qui communique toujours l'irritation à la blanche, et y altère plus ou moins la sensibilité et le mouvement.

Les compressions de la moelle sont examinées suivant leurs rapports avec les causes qui les produisent, et avec la promptitude ou la lenteur avec lesquelles elles s'effectuent. On y trouve des différences bien dignes d'attention, mais le détail en serait trop long pour l'espace qui nous reste dans ce vo-

lume. Nous ferons seulement remarquer, d'après l'auteur, qui se trouve, au reste, d'accord avec tous les bons observateurs, que les courbures des rachitiques ou des bossus n'exercent aucune influence morbide sur les fonctions de la moelle et des nerfs qui communiquent avec elle, tant que le tissu osseux se conserve exempt de toute altération; mais il observe avec justesse que le gonflement des fibro-cartilages inter-vertébraux peut exercer sur la moelle une compression, d'où résultent des paralysies ou des inflammations, tandis que le canal, recourbé, mais sain, peut causer un aplatissement extraordinaire du cordon médullaire sans lésion quelconque de ses fonctions.

Ce chapitre est un des plus intéressans de l'ouvrage, et nous regrettons bien de ne pouvoir pas faire part à nos lecteurs des réflexions que sa lecture nous a suggérées.

L'*histoire générale de la compression* lui assigne pour symptômes extérieurs, non-seulement les engourdissemens, les paralysies des muscles qui reçoivent leurs nerfs du point comprimé, mais encore la diminution de l'action exhalante du tissu cellulaire sous-cutané, ou les oedèmes, le défaut de chaleur et de transpiration de la peau et la paralysie, d'abord douteuse et passagère, puis complète, du sphincter du rectum et de la vessie; d'où des névroses et tous les désordres qui s'ensuivent.

Il est fort à regretter qu'ici, comme dans les paralysies par autres causes, les observations citées par l'auteur n'aient pas été assez complètes pour lui permettre d'assigner chacune des deux paralysies, celle du mouvement et celle de la sensibilité, à des altérations parfaitement correspondantes au cordon antérieur et au cordon postérieur. Ce défaut, qui reparaît dans les hémorrhagies, dans les méningites, dans les myélites et dans l'histoire des productions accidentelles de la moelle, tient peut-être autant à l'opinion de l'auteur, qui plaçait la sensibilité dans la substance grise, qu'au défaut de détails et de rapprochemens de la part des collecteurs des observations. Quoi qu'il en soit, c'est une lacune fâcheuse, et qui exigera de nouveaux faits, recueillis et comparés avec un nouveau degré d'attention.

La compression par suite du ramollissement et de la carie des vertèbres, d'où courbure à angle droit (maladie de Pott), est la seule qui paraisse curable à l'auteur, dans le paragraphe du *pronostic*. On sait quel rôle y jouent les exutoires. Quant à nous, nous pensons que plusieurs autres cas de compression, rapportés dans l'ouvrage, par caries et productions dites scrofuleuses ou autres, développées entre les vertèbres à la suite de coups, de chutes, de douleurs rhumatismales, pendant long-temps inconnues et mal traitées, auraient pu être guéris ou prévenus, si l'on avait plus songé à combattre l'irritation, quelle qu'en fût la cause, qu'à attendre le développement complet du groupe de symptômes correspondant à telle ou telle entité morbide soupçonnée.

Les *commotions de la moelle,* causées par des chutes sur le dos ou sur les fesses, par les coups, etc., sont suivies d'épanchemens de sang ou de sérosité, de caillots, de la rupture des tissus contenus, de hernies de la moelle à travers de simples ramollissemens. Ici encore le rôle de l'inflammation consécutive est bien marqué, tant dans les symptômes que dans les altérations organiques. C'est toujours la marche d'un bon esprit, la thérapeutique y est ce qu'elle doit être; l'auteur y fait la remarque importante que l'irritation qui suit les désordres de la commotion ne provoque pas l'érection du pénis, comme elle se fait à la suite des piqûres, déchirures, etc., où la commotion n'a point encore existé.

Les congestions sanguines peuvent être simples et ne consister que dans l'engorgement des vaisseaux des méninges, plus ou moins partagé par la substance grise centrale; elles peuvent être la cause d'épanchemens avec rupture de cette substance, comme on le voit dans les corps striés, les couches optiques, la protubérance annulaire, ou la périphérie du cerveau, etc.; enfin elles peuvent devenir la cause d'un ramollissement de la moelle en une bouillie rougeâtre, telle qu'on en voit encore dans les mêmes régions de l'encéphale. Tous ces faits sont bien classés, l'inflammation y joue un rôle, et l'auteur y joint des réflexions judicieuses; quelques unes seulement nous donneront lieu d'en faire d'autres à notre tour.

Le simple embarras vasculaire avait été noté par Frank, ce qui paraît avoir vivement frappé M. Ollivier. L'auteur allemand attribue à cette congestion beaucoup d'accidens, et la regarde comme inséparable des congestions de sang dans les poumons, dans les viscères de l'abdomen, et surtout dans l'utérus. La plupart des douleurs de dos, des pesanteurs de membres dans le début des *fièvres*, sont aussi expliquées par là. Cette cause nous semble un peu exagérée par cet auteur, qui vivait dans un temps où la mécanique était encore trop en crédit, et où les sympathies des viscères souffrans, avec les membres, n'étaient pas connues. On dissipe souvent, en effet, ces douleurs et ces pesanteurs par une petite saignée capillaire de l'épigastre ou de tout autre point de phlegmasie locale, ce qui certes n'aurait pas lieu si ces douleurs et ces pesanteurs supposaient toujours dans le rachis la congestion d'un sang épais, et arrêté dans des vaisseaux où il remonte difficilement contre son propre poids, car c'est ainsi que Frank expliquait tous ces symptômes. Au surplus M. Ollivier n'épouse pas toutes ces opinions : c'est une justice qu'il faut lui rendre.

Notre auteur s'appesantit sur celles de ces hémorrhagies qui se font au bulbe rachidien, car elles sont aussi de son ressort; il en donne deux signes caractéristiques pour les cas où elles se font subitement avec perte de connaissance, cris aigus, agitation convulsive, bientôt suivie de la paralysie générale. Ces signes sont, dans l'état de résolution : 1°, la contraction subite des membres thoraciques avec rotation en dedans; 2°, le défaut de déviation de la bouche. Si l'hémorrhagie ne s'est faite que d'un côté, paralysie croisée; mais aussitôt que la déchirure hémorrhagique attaque l'insertion de la huitième paire, la vie cesse.

Les cris sont attribués à la douleur causée par la stimulation du sang sur les extrémités des fibres rompues, et à la pénétration du sang dans le quatrième ventricule; mais une de ces causes est incertaine; l'exemple des hémorrhagies des renflemens optique et strié, qui, dans l'immense majorité des cas, se font sans douleurs, prouve que le contact du sang n'est point douloureux pour les fibres du mouvement; mais lorsque les parois du quatrième ventricule déchirées permettent à ce fluide de toucher à la surface sensitive, la douleur existe ici comme dans les déchirures des deux renflemens sus-dénommés, qui permet l'inondation sanguine dans les ventricules latéraux. L'analogie nous paraît exacte, mais nous ne voudrions pas nier que l'hémorrhagie ne déchirât quelques fibres de la sensibilité dans le bulbe rachidien où plusieurs bandes

fibreuses des deux ordres sont si voisins, avant d'avoir pénétré dans le quatrième ventricule.

La *réduction en bouillie rougeâtre,* sorte de *ramollissement hémorrhagique* qui tient de l'inflammation, comme l'a si bien prouvé Lallemand, auquel M. Ollivier se conforme, a pour signes, dans le trajet de la moelle, des douleurs et des pesanteurs dans le dos, l'engourdissement des membres, puis tout-à-coup leur paralysie, dont la secousse d'une voiture ou toute autre violence externe ne sont que les causes déterminantes; c'est une *semi-phlegmasie* qui se rattache aux myélites.

Des fluides gazeux ont été trouvés par l'auteur dans les membranes de la moelle, à la suite de morts causées par différentes phlegmasies des viscères. M. Ollivier ne se prononce pas sur la nature de ces *pneumato-rachis*, mais il est évident que si la décomposition avancée des cadavres ne permet pas de les rapporter à la putréfaction, ils ne peuvent dépendre que d'un état inflammatoire, communiqué aux tissus vasculaires et séreux des méninges, car il est prouvé désormais pour nous que l'inflammation vaporise les fluides dans certains tissus où elle règne, lorsqu'elle ne peut pas en attirer ou en retenir une quantité suffisante pour les remplir. Mais il y a des lois à rechercher sur ce fait curieux, et nous n'avons pas le temps de nous en occuper. Au surplus nous avons démontré ailleurs que le même fait se présente dans l'état normal. (Voir les *Commentaires,* les *Annales,* et même notre *Traité de physiologie.*)

Lorsque la *méningite rachidienne* n'est pas produite par une affection locale, traumatique, ou autres, du rachis, et qu'elle vient de cause interne, elle paraît bien rarement seule, le plus souvent elle est la suite et la propagation de la méningite cérébrale; son siége est le tissu de Magendie, mots par lesquels on désigne le tissu vasculaire et séreux interposé entre la surface interne de l'arachnoïde et les deux cordons médullaires, parce que c'est dans cet espace que ce physiologiste a trouvé le fluide indiqué par Cotugno. Cela ne doit nullement nous étonner; tel est aussi le véritable siége de la méningite, dans l'encéphale, comme nous l'avons vu précédemment, et dans les deux régions du centre cérébro-spinal, le poli de la séreuse n'est affecté que par la progression *traversante* de la phlegmasie: chose qui s'observe souvent aussi pour les séreuses du thorax et de l'abdomen.

Nous ne sommes pas surpris, depuis que cette loi nous est connue, que des auteurs tels que Coindet aient pensé que l'inflammation de l'hydrocéphale aiguë débute, non pas sur le poli de la membrane des ventricules, mais bien dans la substance blanche que cette membrane tapisse. Si l'on eût dit qu'elle se forme dans la couche cellulo-vasculaire très fine, qui est l'intermédiaire entre cette membrane et la pulpe blanche, on aurait énoncé, selon nous, le fait dans toute sa vérité.

La méningite du rachis ne peut produire ici que ce qu'elle produit dans le crâne, l'accumulation d'un fluide séreux, rarement pur, le plus souvent trouble et jaunâtre, ou sanguinolent; et l'injection sanguine, et l'endurcissement ou le ramollissement de la substance nerveuse s'y trouvent fréquemment réunis : ce qui veut dire que l'inflammation ne reste pas toujours fixée dans les limites où la voudraient les anatomo-pathologistes pour bien dessiner leurs *maladies.*

Quoi qu'il en soit, les signes pathognomoniques de la méningite, sinon pure, au moins prédominante, sont les suivans, en faisant abstraction du malaise vague de l'appareil locomoteur, de la fatigue dans les membres, des douleurs de dos, propagées le plus souvent dans les membres inférieurs, et d'autres signes peu prononcés qui sont communs à toutes les irritations de la moelle : 1°, opisthotonos plus ou moins intense, et rachis formant un arc inflexible (car la méningite encéphalique ne raidit et ne redresse que la tête et le col); 2°, douleur plus ou moins forte dans le dos, et qui semble partir du point le plus enflammé, où elle est aussi le plus aiguë, douleur qui n'est pas exaspérable par le palper, à moins qu'il n'existe une phlegmasie du tissu osseux.

Il ne faut pas perdre de vue que ces symptômes, les convulsions surtout, peuvent éprouver de la rémission, même dans des cas très aigus, ce qui donne à la maladie un aspect *rémittent;* que les douleurs se prolongent par élancemens le long du rachis et dans les membres; et qu'il y a de plus, raideurs des membres permanentes et trismus. Bientôt la dyspnée, la fréquence du pouls, si elle n'existait déjà, avec des espèces de bondissemens du cœur, annoncent l'altération des points d'insertion des nerfs respirateurs, cardiaques, etc.; des sueurs copieuses sont exprimées au moins pendant les exaspérations; puis l'affaiblissement de tous les mouvemens, si la marche est funeste, annonce la mort, qui a lieu avec un état paralytique; ou par l'asphyxie, si l'affection cérébrale prédominante ne l'a pas causée.

L'auteur demande si *le tétanos,* qui offre le même groupe de symptômes, est toujours l'effet d'une méningite rachidienne. Quelques faits le font hésiter, surtout pour le traumatique. Je le crois bien, c'est la question des délires et des convulsions des fièvres dites *ataxiques* (gastro-entérites), et des délires furieux et convulsifs, qui sont souvent mortels en peu de jours, à la suite des excès de boissons et autres excitations vives et insolites du tube digestif. Or, la simple stimulation communiquée à l'appareil cérébral produit tous les symptômes d'une méningite dont les traces ne sont pas sensibles après la mort. Mais dans tous ces cas, vraiment pareils, puisque le tétanos secondaire vient des nerfs irrités d'une plaie, de ceux du tube digestif, qui transmettent l'irritation à la moelle; dans tous ces cas, disons-nous, l'irritation secondaire existe dans les centres nerveux; elle y produit réellement les symptômes extérieurs de la phlegmasie primitive; et si elle ne laisse pas constamment à sa suite les altérations de tissus, du moins en laisse-t-elle assez pour les médecins clairvoyans : là où n'est pas le vrai pus, là où ne peuvent se trouver la forte injection sanguine ou l'induration, qui pourtant existe le plus souvent, là où le ramollissement inflammatoire n'a pas eu le temps de se former, ou était impossible, vu l'épuisement des malades, on trouve au moins un certain degré d'injection, et des exhalations actives qui attestent l'existence d'une irritation plus ou moins rapprochée de la véritable phlegmasie.

Les mêmes symptômes, mais moins prononcés, marquent les degrés inférieurs de la méningite, qui sont dans le cas de se prolonger et d'être chroniques.

M. Ollivier fait dans ce chapitre une remarque bien importante : c'est que les escares gangréneuses de la peau, si communes dans les ramollissemens et les destructions de la moelle, ne se présentent pas dans les phlegmasies des méninges.

Le *pronostic* de la méningite n'est pas mortel, à beaucoup près, si elle est attaquée avant les paralysies et l'altération grave des grands viscères.

Les *causes* sont insuffisantes dans l'ouvrage. On n'a pas assez largement appliqué l'irritation à cette étiologie, et l'on n'a pas tenu compte de l'influence énorme des phlegmasies viscérales, surtout de celles de l'abdomen, qui tendent sans cesse à se répéter dans le rachis.

Le *traitement* est bien indiqué par l'auteur pour les deux nuances principales; mais il eût été plus complet, si l'on eût envisagé toutes les causes, et si l'on se fût appesanti davantage sur l'importance d'insister, et de détruire, par les antiphlogistiques, tous les points d'irritation qui peuvent raviver ou rappeler la phlegmasie. Ces défauts, légers sans doute, n'empêchent pas cette partie de l'ouvrage d'être conçue et exécutée suivant les vues d'une saine doctrine, et d'être ce que nous avons de meilleur, à beaucoup près, sur ces terribles inflammations.

Pour l'*inflammation de la substance médullaire* elle-même, l'auteur adopte la dénomination de *myelitis*, choisi par Harles et Klohss, auteurs allemands qui, de même que Fr. Hildebrandt, ont traité ce sujet avant lui. Ce mot correspond à celui d'*encephalitis ;* il est désormais reçu parmi nous. Cette maladie n'a pas été, suivant l'auteur, distinguée des phlegmasies précédentes. Il va lui assigner ses caractères propres.

Les *caractères anatomiques* consistent dans le *ramollissement*, ou l'*endurcissement*. Jusqu'alors on avait douté si le ramollissement était un effet de l'inflammation, ou du moins on avait soutenu qu'il pouvait y avoir des ramollissemens non inflammatoires. Mais notre auteur, se conformant aux principes de M. Lallemand, ne les admet pas, car lorsque la rougeur ne paraît pas dans la moelle ramollie, elle existe toujours dans les méninges qui lui correspondent : le ramollissement est donc pour lui une trace d'inflammation.

Le *ramollissement* commence toujours par le centre, c'est-à-dire par la substance grise, ce qui témoigne, selon nous, de son caractère inflammatoire. Le renflement lombaire, qui en contient le plus, est aussi le plus fréquemment affecté : cette observation est surtout frappante chez les chevaux, où ce renflement est énorme, vu l'extrême développement des muscles et des nerfs du train de derrière. Cette observation vient de M. Dupuy, savant vétérinaire et bon physiologiste.

L'*endurcissement*, autre résultat de l'inflammation médullaire, est généralement considéré, dit M. Ollivier, comme préparant et précédant le ramollissement; mais il en doute, au moins pour tous les cas, car on trouve parfois le cerveau dur chez des fous, chez des épileptiques, et chez des sujets morts dans l'état de paralysie générale, sans qu'il existe aucune trace d'inflammation. Le même endurcissement blanc qui semble rapprocher la matière nerveuse du blanc-d'œuf cuit, dans le cerveau, s'est aussi présenté dans le rachis; mais il y avait autour des traces de méningite. Malgré cela, l'auteur pense que lorsque la substance cérébrale offre cet aspect, sans trace de vaisseaux sanguins, on ne peut pas affirmer qu'elle est enflammée : il n'adopte donc pas l'opinion de MM. Lallemand et Bouillaud; et voilà dans son ouvrage une inflammation médullaire qui cesse de l'être!

Tout cela ne semble-t-il pas prouver que les physiologistes ont eu tort de ne pas admettre avec nous la possibilité des subinflammations, c'est-à-dire, d'irritations congestives, sécrétoires, excrétoires, indurantes, ramollissantes ou suppurantes, qui diffèrent du phénomène de l'inflammation, et qui peuvent se compliquer ou ne pas se compliquer avec les phlegmasies?

Au surplus nous avons vu que M. Lallemand fait précéder l'induration par le ramollissement, et qu'il y admet la fixation du sang et du pus, dont les proportions font beaucoup varier la couleur des endurcissemens. M. Ollivier n'a donc pas tenu compte de son opinion et de ses preuves.

Nous avons également remarqué que le docteur Rochoux admet dans la substance blanche une inflammation où les globules rouges paraissent à peine, et où cette substance ne perd pas sa couleur jusqu'à la suppuration.

La nature inflammatoire des endurcissemens et des ramollissemens blancs a donc ses partisans, quoique aucun d'eux ne leur donne le titre de subinflammations? M. Ollivier doute sur ce point : voilà ce que nous avons conclu de son texte.

Suivent les observations, sur lesquelles nous n'aurons garde de nous arrêter. Nous noterons seulement que l'auteur y voit des contradictions qui, si elles étaient réelles, remettraient en problème tout ce que l'on admet comme démontré sur les fonctions du rachis; mais nous nous en référons à ce que nous avons dit plus haut : ces observations nous semblent inexactes ou incomplètes. Passons à l'histoire générale.

Les *signes extérieurs* de la myélite aiguë sont en général des engourdissemens, ou un refroidissement désagréable, qui commencent par les extrémités des membres, des doigts ou des orteils, et se propagent au tronc. Cette phlegmasie débute aussi par des douleurs et des convulsions partielles ou générales, accompagnées ou suivies de douleurs profondes dans le point du rachis qui est le siége de l'inflammation. Ces douleurs peuvent se propager tout le long de la colonne épinière; elles sont quelquefois exaspérables par le mouvement des muscles; mais alors on présume la complication d'une méningite. En effet, cette complication jette souvent de l'obscurité sur le diagnostic; mais lorsque la paralysie se prononce, il y a preuve d'une altération plus profonde que celle des méninges, et la myélite devient évidente.

Notez que si la douleur s'ajoute plus souvent aux engourdissemens et aux fourmillemens que dans les encéphalites partielles, cela vient de ce que les méninges, toujours très rapprochées de la phlegmasie médullaire, sont bien plus facilement atteintes par l'inflammation.

L'auteur entre dans des détails sur la nature des douleurs et des paralysies, que nous ne devons pas transcrire ici. Il s'arrête aussi sur les influences sympathiques particulières à l'inflammation de chacune des régions du cordon médullaire; et l'on remarque que la maladie peut marcher de bas en haut, et de haut en bas; que lorsqu'elle débute par le bulbe rachidien, elle abolit d'abord les fonctions intellectuelles. Cela se conçoit, selon nous, puisque bientôt les progrès de l'inflammation ont comprimé ou désorganisé la surface sensitive du quatrième ventricule, ce qui supprime la voie de communication de l'encéphale avec les sens extérieurs, et avec l'appareil locomoteur et vocal; ce qui d'ailleurs produit une irritation qui se propage dans tout le cerveau. Si l'encéphalite et l'hémorrhagie des renflemens optiques et striés peuvent produire la perte de relation, à plus forte raison cette perte doit-elle résulter de l'affection du lieu qui est le point central de convergence des fibres du sentir, comme de celles du mouvoir. Aussi la paralysie des quatre membres s'associe-t-elle toujours à

la perte des facultés mentales, lorsque la phlegmasie intéresse toute l'épaisseur du bulbe rachidien; si elle n'était que partielle et bornée, le cas rentrerait dans ceux des paralysies par lésion d'un lobe, et il n'y aurait aucun moyen de les distinguer, comme l'avouent aujourd'hui tous les anatomo-pathologistes qui ne sont pas dans l'opinion de M. Serres, etc.

Pour le reste des détails, nos lecteurs y suppléeront facilement, s'ils connaissent les rapports des différentes régions de la moelle, depuis la partie supérieure du col jusqu'au sacrum, non seulement avec les muscles, mais aussi avec le cœur, les poumons et les viscères du bas-ventre. Néanmoins il sera toujours utile de consulter l'ouvrage même sur tous ces points de pathologie; pour nous, qui n'y trouvons aucune question nouvelle de doctrine, nous nous contenterons de renvoyer à ce que nous avons déjà dit sur celle du docteur Ollivier, en ajoutant toutefois que nous l'avons trouvé moins sceptique dans l'*Histoire générale de la Myélite*, qu'il ne l'était dans l'interprétation des observations qu'il a rapportées.

Chronique, la myélite est beaucoup plus obscure dans sa *marche* souvent très lente. On ne sait trop à quoi rapporter les lassitudes continuelles, les douleurs singulières du dos et des membres. Le rhumatisme, le lombago, sont d'ordinaire accusés; mais enfin les paralysies, les rétractions des membres, les secousses convulsives et comme électriques, que la main suffit pour provoquer lorsqu'on la promène sur le rachis et sur les principaux nerfs des membres, finissent par dissiper tous les doutes. C'est ici particulièrement que le défaut de l'influence nerveuse sur les fonctions capillaires se manifeste par le froid des parties, la sécheresse invincible de la peau, dont l'épiderme s'écaille, et par l'état œdémateux du tissu cullulaire.

Une pareille détérioration ne peut se faire sans beaucoup de symptômes viscéraux : palpitations, essoufflemens, suffocations, asthmes, angines dites pectorales, dysurie, incontinence d'urines, constipation, relâchement du sphincter, sentimens divers dans l'abdomen de pression, de constriction, d'une ceinture incommode; crampes et coliques d'estomac, d'intestins, tiraillemens douloureux dans toutes ces régions, dont les muqueuses finissent souvent par contracter un état de phlegmasie latente; puis les escares, etc., etc. Tels sont les maux qui affligent les porteurs de cette fâcheuse maladie; et au milieu de tout cela les facultés mentales se conservent, car la myélite ne peut durer une longue suite d'années lorsqu'elle atrophie, endurcit ou ramollit le tissu de la moelle dans la région crânienne, où d'ailleurs cette affection se confondrait, comme on l'a vu, avec les maladies encéphaliques.

Toutefois, l'inflammation chronique de la moelle épinière, *dorsale*, ne tue pas toujours par l'asphyxie et par les vices de la circulation et de la digestion : elle peut gagner l'encéphale, où elle éteint, quelquefois assez lentement, et en détail, toutes les facultés; ce dont nous avons sous les yeux un exemple dans la personne d'un de nos amis. Mais, dans ces cas, nous pensons qu'il y a moins phlegmasie que torpeur de la partie intellectuelle du cerveau, par le fait du ralentissement de l'innervation dans les autres parties du système nerveux.

Le *pronostic* de l'auteur est que la maladie, qui peut être mortelle en peu de jours dans l'état aigu, n'est pas toujours sans ressource si elle est traitée de bonne heure. La chronique a été guérie même après plusieurs mois de durée; mais arrivées à un certain point, il est clair que l'aiguë et la chronique sont incurables.

Les *causes* n'ont pas été, selon nous, suffisamment approfondies par notre auteur, qui, du reste, renvoie à ce qu'il a dit sur celles des congestions rachidiennes.

Répétons-le encore une fois, il faut avoir étudié la médecine conformément aux principes de la méthode physiologique, pour rechercher avec fruit l'étiologie des maladies.

Le *traitement* est assez satisfaisant dans cet ouvrage, sous le rapport des principes; mais il manque de détails et d'observations à l'appui. Ce traité offre en général le défaut de beaucoup d'autres ouvrages d'anatomie pathologique; les caractères et la marche y sont tirés d'observations souvent mal traitées : on ne tient pas assez compte de toutes les possibilités de modifications, ni, par la même raison, de toutes les marches possibles : on ne le peut, faute d'observations assez bien vues, assez bien traitées; et cela donne à la maladie un aspect plus terrible que celui qu'elle pourrait offrir si l'on avait pu la montrer dans toutes ses modifications possibles.

L'auteur consacre un chapitre aux *atrophies* et aux *hypertrophies* de la moelle. L'atrophie dont il parle est la sénile; l'hypertrophie rentre dans les maladies dont il a traité : c'est un double emploi, un tribut payé à l'empire des mots.

Les *productions morbides développées dans les membranes et dans la substance de la moelle* ne nous arrêteront pas; car, sans tenir compte du scepticisme de l'auteur, nous les expliquerons à la manière de M. Bouillaud, puisque cette manière fut la nôtre, même avant que ce professeur l'eût adoptée. Quant aux effets de ces productions, ils se réduisent évidemment aux phénomènes que notre auteur a si bien décrits, c'est-à-dire à la compression, la congestion, l'hémorrhagie, l'inflammation et ses suites dans les membranes et dans la substance de l'organe.

M. Ollivier termine son livre par l'énumération des *maladies et phénomènes morbides qui semblent résulter de l'affection de la moelle épinière et de ses membranes.*

Ici figure une longue liste d'auteurs qui ont attribué à la moelle épinière une foule de symptômes qui font partie des groupes affectés à beaucoup de maladies, soit chroniques, soit aiguës. Il y aurait matière à un, et même à plusieurs mémoires, si l'on voulait discuter toutes ces opinions, et nous n'aurions pas manqué de nous engager dans ces discussions, si ce volume n'était déjà trop gros. Mais nous nous bornerons à fort peu de mots.

L'auteur dit en commençant : Pourquoi ne donnerait-on pas à la moelle autant d'importance qu'à l'estomac, puisqu'elle a plus de sympathies?......

Je ne sais s'il a voulu faire allusion aux ouvrages des médecins physiologistes; mais cette phrase suppose que M. Ollivier n'a pas suffisamment approfondi leur doctrine; car nous avons toujours expliqué les sympathies du tube digestif, comme celles de tous les autres organes, par l'intermédiaire du système nerveux; non pas du système nerveux viscéral, mais de celui de relation. Qui de nous n'a cent fois répété que le cerveau et la moelle s'irritent et se congestionnent avec les viscères et les organes moteurs du squelette qui correspondent à ces centres nerveux? En effet, nous avons toujours dit que, dans les sympathies, le système nerveux n'agissait point uniquement par ses branches et ses cordons, mais bien par l'influence du centre cérébro-spinal, qui recueille les stimulations des foyers

de phlegmasie, et les réfléchit suivant certaines directions. De plus, nous avons constamment ajouté qu'en remplissant cette fonction, le cerveau et la moelle couraient sans cesse le risque de la congestion, de l'inflammation, et des suites qui peuvent en résulter.

Or, nous pouvons assurer que toutes les opinions des auteurs cités par M. Ollivier, dans ce chapitre, ne contiennent autre chose que des assertions qui viennent à l'appui de cette opinion, mais que ces assertions sont beaucoup moins claires que celles qui ont été émises par les médecins physiologistes, car les auteurs dont il s'agit ignoraient les lois les plus communes de l'irritation.

Conclusion sur M. Ollivier d'Angers.

M. Ollivier a fait un travail utile en forçant nos praticiens, par un grand ouvrage plein de faits et de réflexions judicieuses, à s'occuper sérieusement des inflammations de la moelle épinière. Il avait été prévenu, à la vérité, par quelques uns de nos compatriotes, et notamment par M. Pinel fils, qui venait de rappeler l'attention sur ces maladies; mais les mémoires détachés, les articles épars de journaux, ne répandent pas assez les nouvelles acquisitions scientifiques. Il faut toujours des livres *ex professo*, et même d'amples monographies, pour les bien faire connaître. Nous nous réjouissons que les recherches des médecins étrangers et des français aient été recueillies, enrichies de faits nouveaux, et réduites en corps de doctrine par un homme qui n'était pas resté étranger aux travaux de la médecine physiologique, et qui a su en faire un certain cas, puisqu'il n'a point pris à tâche de la déprécier, et que même il en a fait la base de sa doctrine. Cet auteur a beaucoup fait; ce qu'il laisse à désirer pourrait désormais être fait par d'autres, sans que sa gloire en souffrît, et sans que la reconnaissance que lui doivent les médecins français dût en être diminuée. Mais M. Ollivier est jeune encore, et nous devons nous attendre à le voir bientôt se surpasser lui-même dans une nouvelle édition. Il y arrivera sans peine, nous le pensons du moins, s'il continue à diriger ses travaux suivant l'esprit de la médecine physiologique, s'il a le bon esprit de ne pas se croire obligé de ménager toutes les sectes, s'il évite de mettre les opinions des hommes en crédit à la place des preuves, dans son texte. Nous ne disons pas qu'il ait déjà manœuvré de cette manière; nous témoignons seulement la crainte qu'il ne se laisse gagner par l'esprit d'éclectisme, et même de scepticisme, qui domine certaines coteries.

CONCLUSION GÉNÉRALE SUR L'EXAMEN.

Les réflexions que nous avons jointes aux analyses des traités d'anatomie pathologique, dont ce volume est rempli, tendent à prouver que cette science n'est pas l'unique base de la médecine. Elle lui fournit, il est vrai, un point de départ, puisqu'on partage les maladies en celles qui sont inflammatoires, celles qui consistent dans des irritations et congestions non inflammatoires; celles qui sont nerveuses avec ou sans inflammation; celles qui dépendent d'extravasations des différentes humeurs, de l'hypertrophie, l'atrophie, l'ulcération, la dégénération des organes, etc., etc., division qui suppose que l'on a constaté par des ouvertures de corps la coexistence de ces altérations organiques avec des symptômes. Il est certain que depuis long-temps la tendance à l'établissement de cet accord entre les symptômes et les altérations des organes est dans la science, car la classe des inflammations existe depuis l'enfance de l'art, et n'a fait que passer des liquides aux solides, transition qui s'est opérée presque aussitôt que la circulation du sang a été connue (1).

Il est donc naturel que le médecin cherche à se représenter l'état des organes cachés lorsqu'une maladie s'offre à son observation. Telle est notre opinion; mais, de ce que les grandes divisions des maladies sont puisées dans l'anatomie pathologique, il ne résulte pas que toutes les subdivisions puissent en découler avec la même clarté. Il faut sans doute qu'une encéphalite, une pneumonite, une gastrite, une entérite, etc., reçoivent leur véritable nom de la part du médecin pendant la vie du malade; mais il n'est pas nécessaire que le médecin annonce jour par jour tous les progrès que fait l'inflammation, et toutes les formes que prend le tissu enflammé; si le médecin a cette prétention, il n'échappera point à une foule d'erreurs, et il sera exposé, ou à voir son diagnostic démenti, ou à désespérer d'un malade qui ne sera point incurable; ou enfin, à tourmenter par un traitement inutile celui qui sera devenu tel. Nous avons donné assez de fois les motifs de ces assertions dans le cours de cet ouvrage pour pouvoir nous dispenser d'y revenir.

De ce qu'il faut se faire une idée de la nature de l'affection d'un organe (1), il résulte encore moins que l'on doive mettre tous les symptômes qui ont été observés pendant la vie sur le compte du mode d'altération qui se rencontre dans le cadavre au moment de la mort; cette prétention est même si peu fondée qu'elle en est ridicule; cependant elle a été celle de plusieurs anatomo-pathologistes, comme nous ne l'avons que trop prouvé dans ce volume.

Enfin, de toutes les prétentions des anatomo-pathologistes purs, la plus choquante est celle qui impose à la maladie d'un organe les phases diverses, et les terminaisons qu'ont présenté les cas terminés par la mort, sur lesquels ces auteurs ont composé leur histoire générale. Mais il est évident que l'on ne doit fonder cette histoire que sur l'action des modificateurs et le rapprochement de trois sortes de cas : 1°, ceux terminés par la mort; 2°, ceux terminés par la guérison; 3°, ceux qui évidemment n'ont été détournés de l'une ou de l'autre des terminaisons précédentes que par l'action des modificateurs, soit thérapeutiques, soit hygiéniques. Les cas douteux formeraient un quatrième ordre de faits, dont le génie saura tirer parti un jour par le secours des rapprochemens.

C'est de cette manière que nous concevons l'utilité de l'anatomie pathologique dans la pratique de la médecine; mais il est également clair pour nous, que cette application ne peut être faite autrement que par les données de la méthode physiologique; elle seule pourra faire connaître l'action des causes, chaque fois qu'elles seront appréciables, les influences des organes les uns sur les autres, les influences des modificateurs qui auront agi depuis le début jusqu'à la terminaison.

Le grand art sera donc celui de faire un heureux alliage de la méthode physiologique avec l'anatomie pathologique.

Nous avons donné, dans le cours de cet ouvrage, tant d'exemples de la manière dont nous concevons cette association, qu'il serait superflu d'y revenir; et d'ailleurs nos préceptes n'auraient plus ici le mérite de l'application. Au surplus, ceux qui désireront des détails *ex professo* sur l'esprit de notre doctrine, pourront consulter le *Traité de l'Irritation et de la Folie*, dont la seconde édition va nous occuper.

La grosseur de ce volume, la répugnance que nous avons eue à augmenter *l'Examen*, nous ont fait renoncer au projet que nous avions formé de terminer l'ouvrage par un exposé succinct du développement et de l'état actuel de la médecine physiologique.

Ce travail aurait été nécessaire pour mettre les faits à leur place, car la mauvaise foi travaille sans cesse à les dénaturer. En effet, après avoir d'abord exhumé, Pujol de Castres, Caffin et Prost, dans le but d'exténuer le mérite, quel qu'il soit, des travaux des médecins physiologistes, elle s'attache maintenant à la thèse de Marandel ayant pour titre : *Essai sur les irritations*, et publiée en 1807. On voudrait insinuer que nous n'avons, dans nos écrits, d'autre mérite que celui d'avoir adopté et exploité les idées d'un professeur célèbre auquel seul appartient le mérite de l'invention. C'était une consolation pour certains hommes : ils n'ont pas voulu se la refuser.

Ceux qui liront l'*Examen* verront assez clairement que nous n'avons jamais affiché la prétention d'être les inventeurs du signe abstrait *irritation;* il date de l'origine de la science; mais les acceptions qu'il a reçues ont éprouvé de grandes variations : depuis Glisson, Vanhelmont, Stahl, Hoffmann et Cullen, il a passé par les mains de Brown, qui lui a donné le sens le plus rapproché de celui qu'il reçoit aujourd'hui. Les Anglais, et surtout Jean Hunter,

(1) On observe maintenant une tendance vers l'humorisme (dans l'école de Laennec); mais c'est faute de s'entendre, comme nous l'avons prouvé. Au surplus, ces efforts, qui n'ont d'appui ni sur l'anatomie pathologique, ni sur aucun système bien conçu, seront nécessairement vains, puisqu'ils n'améliorent point la thérapeutique, ce que nous avons aussi démontré. Il est trop clair qu'ils n'ont d'autre but que la désorganisation du système naissant au profit du scepticisme et d'une chimie ambitieuse.

(1) On sait le sens que nous donnons au mot *nature des maladies.*

s'en sont servis avec une détermination encore plus précise. Bichat surtout, Bichat en a fait un usage très remarquable dans sa *Physiologie* et son *Anatomie générale*. L'irritation est tout entière dans ses *propriétés vitales*, trop abstraites sans doute; mais, en somme, elle y est, et c'est de là que Marandel l'a tirée. Que quelque autre médecin, émule, ou seulement lecteur de Bichat, lui ait donné l'idée d'en faire à la pathologie l'application qu'il en a faite, c'est sur quoi nous ne pouvons rien dire de positif. D'ailleurs, ce n'est pas là la question; il s'agit de décider si Marandel, qui a puisé dans Bichat, ainsi que Caffin, Prost, tant d'autres, et nous-même, a construit avec l'irritation qu'il lui a empruntée la médecine physiologique qui s'est développée depuis lui, et qui fait maintenant de si grands progrès. En d'autres termes, Marandel qui, comme la plupart des élèves de Bichat, a traité de l'irritation (car aucun de nos condisciples n'écrivait à cette époque sans employer ce mot à chaque instant, puisque la seule admission des propriétés vitales de cet auteur les y forçait), Marandel, nous le répétons, a-t-il ou n'a-t-il pas fondé la doctrine médicale de la France?

Telle est la question que l'espace ne nous a pas permis d'aborder dans cet ouvrage. En conséquence, nous avons pris le parti de la renvoyer à la seconde édition *de l'Irritation et de la Folie*, où elle sera peut-être mieux à sa place. Toutefois, pour ne pas déconcerter tout-à-fait la curiosité de nos lecteurs, dont la grande majorité ne pourrait se procurer l'opuscule de Marandel, nous allons rapporter textuellement la classification des maladies qu'il a cru devoir adopter en 1807. Un coup d'œil suffira aux personnes intelligentes pour juger si l'irritation joue dans sa pathologie le même rôle que dans la nôtre, et si sa théorie, sur ce qui n'appartient pas, selon lui, à l'irritation, est identique avec la nôtre, ou si elle n'a pas plutôt des rapports évidens avec celles que nous avons critiquées dans cet ouvrage :

« Une première classe de maladies renferme les *irritations;* elles ont pour caractère l'exaltation des forces vitales qui président aux fonctions intérieures ou nutritives; elles déterminent dans la partie qui en est le siége, un afflux, une attraction plus grande de liquides dont la nature varie, en raison de celle des stimulans, du tempérament, de la saison, et des circonstances individuelles; enfin, si on fait abstraction de quelques terminaisons particulières à quelques unes d'entre elles, toutes ces affections produisent, dans l'organisation des parties, un changement plus ou moins grand, remarquable par la faculté qu'a l'organe de reprendre son état primitif, lorsque la maladie aura disparu.

» Une deuxième classe comprend les *atonies*, marquées par la diminution de ces mêmes forces vitales, qui entraîne la diminution des parties affectées et quelquefois leur augmentation de volume tenant à une accumulation passive de liquides variés. Quoique opposées aux irritations, les altérations qu'elles amènent dans ces organes sont néanmoins susceptibles de se dissiper, comme dans les cas précédens.

» Une troisième classe embrasse les *transformations organiques*, altérations remarquables par la gradation successive qu'elles observent dans leur développement, de manière qu'on voit l'organisation se composer de plus en plus, par l'impossibilité où elles sont de se dissiper, et l'organe qui les présente, de repasser à son état primitif. L'analogie de ces transformations avec les tissus naturels est fondée, non seulement sur la forme et les autres caractères extérieurs, mais encore sur des rapports de texture, de fonctions et même de maladies.

» Dans une quatrième classe, nous réunissons les *dégénérations organiques*, maladies persistantes comme les transformations, qui non seulement changent l'organisation des parties qu'elles affectent, mais tendent toujours à leur destruction.

» Une cinquième classe renferme tout ce qui est relatif aux *corps étrangers*, vivans ou non vivans, venant du dehors, ou développés dans l'économie; cette classe est caractérisée par la nature et la présence de ces corps étrangers, par des altérations de propriétés ou de fonctions, quelquefois même de l'organisation de nos parties.

» Nous faisons une sixième classe de tous les *vices d'organisation et de structure originels ;* ces maladies portent tantôt sur l'organisation intime et sur la combinaison des élémens primitifs; tantôt elles sont bornées à des changemens de forme et à des privations d'une ou de plusieurs parties.

» Les maladies qui résultent du *déplacement des parties* font le sujet d'une septième classe; il est rare qu'elles amènent des altérations organiques; on les voit plutôt se lier à des dérangemens de fonction, et elles sont accompagnées de changemens de conformation et de gêne dans l'exercice des organes.

» Une huitième classe de maladies sur lesquelles l'anatomie n'a fait que très peu de progrès, est celle des *fièvres* que nous considérons jusqu'à de nouvelles recherches, comme des dérangemens des troubles généraux, des propriétés vitales et des fonctions; dérangemens qui ont un but déterminé, une marche constante et qui tendent à des efforts salutaires ou pernicieux.

» Enfin, dans une neuvième et dernière classe peuvent être placés tous les *dérangemens des fonctions cérébrales*, soit que ces affections tiennent à leur exaltation ou à leur diminution, soit qu'elles affectent une seule partie, ou qu'elles soient plus ou moins générales. C'est dans celle-ci que je range les douleurs, les spasmes, les convulsions, quelques paralysies, les anomalies nerveuses, etc.

» Les maladies qui composent ces deux dernières classes présentent quelquefois des altérations organiques, dont il est fait mention dans les précédentes; mais elles offrent trop de variations dans leurs effets, pour qu'on puisse les rapporter à celles des classes où entrent les lésions qu'elles amènent le plus constamment. »

Nous terminerons ici l'*Examen des doctrines médicales*, avec le regret de n'avoir pu donner une analyse critique des travaux de Béclard et de M. le docteur Descot sur les inflammations des nerfs. Nous aurions encore voulu y joindre un résumé des travaux sur les névralgies et les névroses proprement dites; sujet plein d'intérêt, et qui vient d'être rajeuni par les utiles travaux de l'ingénieux et infatigable docteur Piorry. Cette analyse aurait complété ce que nous nous étions proposé de publier sur les maladies du système nerveux; mais nous renonçons à ce genre de travail; la critique est pénible, et doit avoir un terme; et ceux qui ont publié que nous allions continuer notre *Examen* sous une autre forme n'ont point été les interprètes fidèles de notre pensée.

Nous avons mis assez de doctrine physiologique dans l'examen critique des principaux ouvrages du temps, pour que le monde médical ait l'idée de ce que nous sommes capable de faire en ce genre. Ainsi, nous le répétons, l'*Examen* est terminé; et si nous avons encore quelque tribut à payer à la science, ce ne sera plus sous la forme dont cet ouvrage offre l'exemple.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

DEUXIÈME SECTION.

TROISIÈME SECTION.

CHAPITRE III.

DIAGNOSTIC SPÉCIAL ET DIFFÉRENTIEL.

PREMIÈRE DIVISION.

PREMIÈRE SECTION.

DEUXIÈME SECTION.

TROISIÈME SECTION.

QUATRIÈME SECTION.

DEUXIÈME DIVISION.

TROISIÈME PARTIE.

DU PRONOSTIC.

PREMIÈRE SECTION.

DEUXIÈME SECTION.

TROISIÈME SECTION.

QUATRIÈME PARTIE.

DE LA THÉRAPEUTIQUE.

PREMIÈRE DIVISION.

PREMIÈRE SECTION.

DEUXIÈME SECTION.

TROISIÈME SECTION.

DEUXIÈME DIVISION.

EXAMEN

DES DOCTRINES MÉDICALES.

FIN DE LA TABLE.